

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1938

N°

270

**THÈSE**  
**POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**  
**(DIPLOME D'ÉTAT)**

PAR

**Guy MAYONADE**

*Né le 21 Décembre 1912, à Vaujours (Seine-et-Oise)*

---

**DES PELVI-PÉRITONITES**  
**D'ORIGINE GÉNITALE CHEZ LA FEMME**

---

*Président de Thèse : M. P. MOCQUOT, Professeur*

---

**PARIS**  
**LIBRAIRIE LE FRANÇOIS**  
**91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91**

---

**1938**



ANNÉE 1938

N°

**THÈSE**  
**POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**  
**(DIPLOME D'ÉTAT)**

PAR  
**Guy MAYONADE**

*Né le 21 Décembre 1912, à Vaujours (Seine-et-Oise)*

---

**DES PELVI-PÉRITONITES**  
**D'ORIGINE GÉNITALE CHEZ LA FEMME**

---

*Président de Thèse : M. P. MOCQUOT, Professeur*

---

**PARIS**  
**LIBRAIRIE LE FRANÇOIS**  
**91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91**

---

**1938**

*Le Doyen*..... TIFFENEAU

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                 |                    |
|-------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                  | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                               | LÉON BINET.        |
| Physique médicale.....                          | STROHL.            |
| Chimie médicale.....                            | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                             | ROBERT DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale    | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générale....        | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                       | ABRAMI.            |
| Pathologie chirurgicale.....                    | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique.....                      | N.                 |
| Histologie .....                                | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale.....          | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                             | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive.....             | TANON.             |
| Médecine légale.....                            | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.     | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée....        | PIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.       | Maurice VILLARET.  |
|                                                 | LOEPER             |
| Clinique médicale.....                          | CARNOT.            |
|                                                 | CLERC.             |
|                                                 | MARCEL LABBÉ.      |
|                                                 | LEREBOULLET.       |
|                                                 | NOBECOURT.         |
|                                                 | H. CLAUDE.         |
| Hygiène et clinique de la première enfance      | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies mentales et des ma-       | GUILLAIN.          |
| ladies de l'encéphale.....                      | LEMIERRE.          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | CUNEO              |
| Clinique des maladies du système nerveux        | GOSSET             |
| Clinique des maladies infectieuses.....         | GREGOIRE           |
|                                                 | JENCERMANT.        |
| Clinique chirurgicale.....                      | TERRIEN.           |
|                                                 | MARION.            |
| Clinique ophtalmologique.....                   | COUVELAIRE.        |
| Clinique urologique .....                       | JEANNIN.           |
|                                                 | BRINDEAU.          |
| Clinique d'accouchements .....                  | MOCQUOT.           |
|                                                 | OMBREDANNE.        |
| Clinique gynécologique.....                     | RATHERY.           |
| Clinique chirurgicale infantile et ortho-       | LEMAÏTRE.          |
| pédie .....                                     | PIERRE DUVAL.      |
| Clinique thérapeutique médicale.....            | SERGENT.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....          | EEZANÇON.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....        |                    |
| Clinique propédeutique.....                     | MATHIEU.           |
| Clinique de la Tuberculose.....                 | LAUBRY.            |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-      | CROUZON.           |
| dulte .....                                     | HOVELACQUE         |
| Clinique cardiologique .....                    | MULON.             |
| Assistance Médico-Sociale.....                  | OLIVIER.           |
|                                                 | VERNE.             |
| Professeurs sans chaire.....                    |                    |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX  
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.  
 Pathologie médicale .... BARIETY.  
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.  
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.  
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.  
 Pathologie médicale..... BOULIN.  
 Histologie ..... BULLIARD.  
 Pathologie médicale..... CATHALA.  
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.  
 Pathologie médicale .... COSTE.  
 Physique ..... DOGNON.  
 Urologie ..... FEY.  
 Parasitologie ..... GALLIARD.  
 Bactériologie ..... GASTINEL.  
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.  
 Physiologie ..... GAYET.  
 Pathologie médicale..... DE GENNES.  
 Histologie ..... GIROUD.  
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.  
 Oo-rhino-laryngologie .. HALPHEN.  
 Pharmacologie ..... HAZARD.  
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.  
 Hygiène ..... JOANNON.  
 Obstétrique ..... LACOMME.

Obstétrique ..... LANTUÉJOUL.  
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.  
 Pathologie médicale .... LELONG.  
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.  
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.  
 Pharmacologie ..... MILLE J. LEVY.  
 Neurologie et Psychiâtrie LUVY-VALENSI.  
 Pathologie médicale..... MOREAU.  
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.  
 Pathologie médicale..... MOLLARET  
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.  
 Anatomie pathologique.. OBERLING.  
 Pathologie chirurgicale.. PETIT I. UT. IL.  
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.  
 Obstétrique ..... PORTES.  
 Ophtalmologie ..... RENARD.  
 Physiologie ..... FICHET.  
 Chimie biologique..... SANNIÉ.  
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.  
 Pathologie expérimentale TROISIER.  
 Pathologie médicale..... TURPIN.  
 Obstétrique ..... VIGNES.  
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.  
 Pharmacologie ..... BUSQUET.  
 Physiologie ..... CHAILLEY-BERT.  
 Obstétrique ..... GUÉNIOT.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.  
 Anatomie pathologique.. LEROUX.  
 Parasitologie ..... NEVEU-LEMAIR.  
 Obstétrique ..... VAUDESCAL.

# IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

| MM.                        |                          | MM.          |                            |
|----------------------------|--------------------------|--------------|----------------------------|
| ALAJOUANINE.               | } Clinique<br>médicale   | BASSET.      | } Clinique<br>chirurgicale |
| AUBERTIN.                  |                          | BROCC.       |                            |
| BRULÉ.                     |                          | CADENAT.     |                            |
| CHABROL.                   |                          | HEITZ-BOYER. |                            |
| CHIRAY.                    |                          | GATELLIER.   |                            |
| DONZELOT.                  |                          | MOURE.       |                            |
| DUVOIR.                    |                          | QUENU.       |                            |
| LIAN.                      |                          | SCHWARTZ.    |                            |
| PASTEUR-VALLERY-<br>RADOT. |                          | VELTER.      |                            |
| SEZARY.                    |                          |              |                            |
| MM.                        | } Clinique obstétricale. |              |                            |
| ECALLE                     |                          |              |                            |
| LE LORIER                  |                          |              |                            |
| LÉVY-SOLAL                 |                          |              |                            |
| METZGER                    |                          |              |                            |

# V. — CHARGÉS DE COURS

|                          | MM.                   |
|--------------------------|-----------------------|
| Education physique.....  | CHAILLEY-BERT, agrégé |
| Radiologie clinique..... | LEDoux-LEBARD.        |
| Stomatologie.....        | RUPPE.                |
| Puériculture .....       | WEIL-HALLÉ.           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PERE

A MA<sup>M</sup> MERE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

AUX MIENS. — A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOCQUOT.

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté.

Chirurgien de l'hôpital Broca.

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre respectueuse reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse,*

A NOS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

A NOS MAITRES

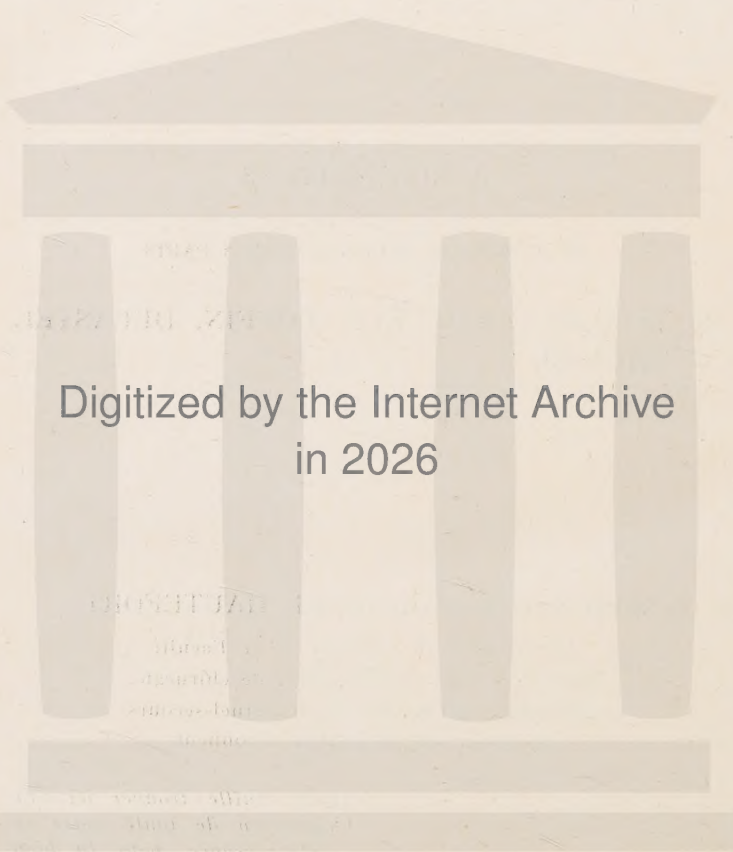
DE L'HOPITAL BON-SECOURS A PARIS

les Docteurs : BAILLEUL, COFFIN, DUCASTEL,  
THOMAS.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR L. HAUTEFORT

Ancien chef de clinique à la Faculté  
Membre associé de l'Académie de chirurgie.  
Chirurgien de l'hôpital du Perpétuel-secours  
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il veuille trouver ici l'ex-  
pression de toute notre re-  
connaissance, pour la bien-  
veillance avec laquelle il nous  
a toujours accueilli, et les  
précieux conseils qu'il nous  
a prodigués au cours de la  
rédaction de ce travail.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## AVANT-PROPOS

---

L'étude des pelvi-péritonites, au cours de ces dernières années, a été à l'ordre du jour et leur thérapeutique a subi une évolution considérable.

Nous pouvons voir dans les plus récents ouvrages de chirurgie d'urgence, que la pelvi-péritonite d'origine génitale chez la femme, sauf dans certaines formes diffusantes, a pu être rayée de la liste des urgences chirurgicales proprement dites.

La prudence, l'expectative, la circonspection sont donc de mise devant l'inflammation du péritoine pelvien à sa période aiguë. Mais un diagnostic qui commande l'abstention, en chirurgie abdominale, doit être un diagnostic bien étayé s'il veut éviter des erreurs lourdes de conséquences.

Ce diagnostic, qui peut être particulièrement délicat, présente des difficultés de plusieurs ordres :

Il doit éliminer d'abord les grands syndromes abdominaux.

Il doit permettre d'affirmer que la péritonite reste à proprement parler pelvienne.

Il doit enfin reconnaître la nature de cette pelvi-péritonite.

La thérapeutique des pelvi-péritonites est particulièrement complexe. Elle varie suivant l'étape de l'affection à laquelle elle s'applique. Elle varie aussi suivant sa nature : pelvi-péritonite d'origine ansexuelle et pelvi-péritonite d'origine puerpérale ne relevant pas d'un même traitement.

Donc diagnostic souvent difficile qui entraîne lui-même un traitement éminemment variable : autant de points essentiels, capables à eux seuls de justifier notre modeste travail et la forme même que nous lui avons donnée.

---

## LA LÉSION CAUSALE

---

Lorsqu'on ouvre un livre classique au chapitre des pelvi-péritonites, dans la définition on ne parle que des lésions de l'appareil génital de la femme.

Cependant, dès le chapitre d'étiologie, on voit se compléter la liste des agents responsables que l'on oublie d'ailleurs très vite par la suite.

Tous les organes qui sont habituellement dans le petit bassin, ou qui y sont descendus, peuvent être, en effet, le point de départ de pelvi-péritonites.

Mais après avoir ainsi sacrifié à l'exactitude on doit reconnaître bien vite, au point de vue pratique, que l'origine génitale de la pelvi-péritonite chez la femme est tellement constante que l'on y pense tout de suite : et ceci explique la forme que nous avons donnée à notre travail.

La pelvi-péritonite primitive est rare et à son origine on retrouve, en général, un traumatisme utérin, une perforation même. Ce fait se rencontrant avec son maximum de fréquence dans les pelvi-péritonites post-abortives.

Cependant la voie d'infection directe vagino-utéro-

tubaire a été invoquée pour le gonocoque, (comme d'ailleurs pour le pneumocoque) par Mondor. La pelvi-péritonite, peut faire suite, en peu de jours, à un coït infectant, revêtant alors les caractères de la forme dite « des jeunes mariées ».

Mais il faut bien reconnaître que dans ces cas, s'il s'agit parfois de pelvi-péritonite, il s'agit bien plus souvent de péritonite généralisée.

En fait, la pelvi-péritonite chez la femme est presque toujours secondaire et n'est que la signature d'une lésion de l'utérus ou des annexes.

Parmi les lésions de l'appareil génital responsables, la place de choix devra être réservée à la salpingite, qu'elle soit gonococcique ou d'origine puerpérale.

Au cours de son évolution « en montagnes russes » suivant l'expression de Papin, elle pourra se compliquer, sous l'effet d'un surmenage, d'un voyage, d'une période menstruelle surtout, d'une pelvi-péritonite aiguë.

L'infection utérine après les avortements sera également une cause fréquente de pelvi-péritonite.

Dans ces cas, nous noterons qu'il sera souvent difficile d'établir une discrimination entre l'infection du péritoine proprement dite et l'infection cheminant dans les espaces sous-péritonéaux (obs. B.) Ceci aura son importance au point de vue du traitement chirurgical.

Enfin, la pelvi-péritonite pourra survenir également à la suite des couches, généralement favorisée par des interventions obstétricales.

Les microbes en cause :

Presque tous, isolés ou associés : gonocoque, streptocoque, colibacille.

Ils vont donner un caractère particulier à l'évolution. Ainsi : le gonocoque a plutôt tendance à la localisation alors que le streptocoque tend à donner des infections diffuses.

De cette étude étiologique rapide découle la multiplicité énorme des formes, tant anatomo-pathologiques que cliniques, de ces pelvi-péritonites; et cependant nous pouvons dans l'ensemble retrouver une certaine unité de symptomatologie, d'évolution et même de thérapeutique, dont la source semble être dans les propriétés physiologiques et la disposition anatomique du péritoine pelvien.

En plus des propriétés communes à tout le péritoine, telles que propriétés d'exsudation et d'accolement, de résorption, le péritoine pelvien semble bien le plus tolérant des péritoines, peut-être par phénomènes de vaccination locale dus au voisinage du cloaque recto-génital.

Cependant, la sensibilité déjà exquise de la séreuse péritonéale est ici exagérée du fait du voisinage d'un centre nerveux sympathique important : le plexus hypogastrique, véritable cerveau pelvien chez la femme, pour Condamin.

Enfin, du fait de la saillie de la vessie, du bloc génital, du rectum, cet entonnoir pelvien se subdivise en culs de sac latéraux; cul de sac de Douglas, cul de sac vésico-vaginal ou vésiculo vésical.

Un couvercle formé par le sigmoïde et son méso, doublé par les anses grêles, le grand épiploon, ferme la voie à la propagation de l'infection vers la grande cavité péritonéale. Les cloisons qui séparent les culs de sac, le couvercle, tout tend à faciliter la localisation du foyer infectieux par les adhérences péritonéales, à rendre plus difficile la diffusion.

Ces collections, au contact des cavités naturelles, vont par suite de la pression abdominale tendre à s'ouvrir dans le rectum, le vagin, la vessie, plus exceptionnellement dans le cœcum, le sigmoïde, l'intestin grêle, à la peau même.

Donc tolérance, cloisonnement, fistulisation vont revenir comme un leit-motiv au cours de l'étude clinique des pelvi-péritonites.

---

## ETUDE CLINIQUE

---

### *Observation A*

Mlle L..., âgée de 38 ans, employée de parfumerie, est prise le 11 décembre, vers 5 heures du matin, d'une douleur aiguë, très violente, localisée à la fosse iliaque droite. Cette crise douloureuse s'accompagne de vomissements, de selles diarrhéiques et fétides, d'une température à 39°5 avec pouls à 120 en rapport.

Depuis 2 ans déjà, elle a présenté des douleurs abdominales accentuées par la marche, la fatigue, la station debout, et qui étaient accompagnées de pertes jaunâtres tachant le linge. Ces derniers mois elle a été soignée par un gynécologue pour salpingite droite.

A l'examen, se présente le faciès anxieux, étendue sur le dos, elle relève légèrement les genoux pour décontracter son abdomen.

Le ventre est dur et présente dans presque toute son étendue une défense très marquée.

Les touchers vaginal et rectal ne sont pas pratiqués car trop pénibles à l'heure actuelle.

On se base sur les antécédents génitaux et la malade est mise au repos absolu; diète, glace sur l'abdomen.

On la surveille d'heure en heure et l'on voit sous l'influence du traitement les symptômes douloureux s'amender et le faciès grippé reprendre un aspect normal. Dans les jours qui suivent, le toucher vaginal devenant possi-

Ile, on note un empâtement du cul de sac de Douglas en même temps que son extrême sensibilité.

Le toucher rectal ne fait que confirmer ces constatations. On attend le moment où la colpotomie va devenir possible, lorsque le 17 survient une nouvelle crise douloureuse abdominale avec selles liquides au milieu desquelles le médecin traitant constate la présence de pus jaunâtre.

La malade souffre considérablement; la température qui avait légèrement baissé les jours précédents est remontée à 39°. C'est alors que la malade est conduite dans notre service.

La palpation abdominale montre alors une défense peu marquée dans la région sous-ombilicale en même temps qu'une grande sensibilité des fosses iliaques droite et gauche et de la région sus-pubienne.

Le toucher vaginal montre un col plaqué contre la symphyse pubienne. Le cul de sac postérieur qui bombe est douloureux à la pression; il donne une sensation de plénitude et de résistance.

On pratique alors une colpotomie, par incision au bistouri, du cul de sac postérieur. Immédiatement jet de pus chocolat extrêmement fétide dont la quantité évacuée peut être évaluée à un 1/2 litre.

On met un drain en T.

Les suites opératoires sont excellentes. La température tombe à 37° dès le lendemain pour remonter quelque peu à 38° et enfin redescendre définitivement à 37°.

On a paré ainsi à un accident aigu, mais à sa sortie la malade présente toujours un utérus immobilisé par un gros bloc de périmérite.

Tel est donc l'aspect clinique le plus fréquent que revêt la pelvi-péritonite d'origine génitale chez la femme.

Qu'elle survienne au cours d'une longue période de salpingite ou qu'elle frappe brusquement une jeune femme sans passé génital, la pelvi-péritonite se caractérise par son début plus ou moins brutal. Ce début pourra être moins net, et apparaître aussi moins brusque, lorsque la pelvi-péritonite sera précédée d'une période douloureuse et fébrile, plus ou moins longue, relevant de l'annexiété causale.

A l'origine, on trouvera souvent des causes favorisantes; examen gynécologique, ou surtout les règles. Il semble que la menstruation ait sur l'apparition de la pelvi-péritonite, une énorme influence.

Le début de la réaction péritonéale pourra se faire au cours des règles (obs. n° 2) ou immédiatement après les règles, que celles-ci soient normales (obs. n° 3, 6, 7), ou anormales (obs. 5). Ce point particulier pourra servir à orienter le diagnostic.

La douleur sera l'élément principal du début. C'est une douleur violente, siégeant dans le bas-ventre, le plus souvent sans localisation vraiment précise. Elle est continue avec des paroxysmes. Dans certains cas, elles pourra rappeler par sa violence, la douleur des péritonites par perforation (obs. n° 9). Après être passée par un maximum, elle s'apaise au bout de quelques heures.

Des vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite, ou tout au moins des nausées, l'accompagnent en général, cependant que la température s'élève à 39° avec un pouls en rapport.

Viennent ensuite les signes de réaction péritonéale

proprement dits : arrêt des matières et des gaz, ou au contraire, diarrhée, météorisme enfin et surtout la contracture.

Cette dernière, précoce, n'atteint pas dans les pelvi-péritonites le degré de celle des péritonites par perforation. Ce n'est pas le ventre de bois mais une défense assez marquée, une tension, parfois, de la paroi abdominale.

Cette contracture, au début, est généralisée, mais déjà en palpant bien et prudemment, on peut se rendre compte que son maximum siège à l'étage inférieur de l'abdomen.

D'ailleurs, l'évolution vient rapidement confirmer ces premières impressions. Les symptômes « s'abaissent » si l'on peut dire et c'est alors qu'on pourra observer les phénomènes pelviens proprement dits : dysurie, ténésme.

Le toucher vaginal viendra apporter des éléments importants de diagnostic : il réveille une sensibilité extrême du Douglas, et donne une impression de sécheresse, de chaleur locale. Mais bien souvent il ne permet pas de préciser si les annexes sont atteintes ou pas. Trop douloureux au début, il ne pourra pas toujours être pratiqué, (cas de l'observation ci-dessus).

Le toucher rectal viendra confirmer les renseignements donnés par le précédent, ou le suppléer lorsqu'il ne sera pas praticable.

Ce n'est que par pure gymnastique intellectuelle qu'on éliminera tous les syndromes médicaux que l'on doit cependant envisager : coliques hépatiques,

néphrétique (Quénu), saturnisme, crises de colite ou d'entéro-colite, crises gastro-intestinales du Tabès, réaction péritonéale rhumatismale, palustre (sur lesquelles vient d'insister Goinard).

Le premier réflexe devant une pelvi-péritonite aiguë, sera d'éliminer ensuite les affections qui doivent entraîner dans la plupart des cas une intervention d'urgence.

En tête, de par sa fréquence et ses difficultés diagnostiques, viendra l'appendicite.

Schématiquement : les antécédents, les pertes, la douleur à la mobilisation de l'utérus, les signes de cystite, enfin tout le passé génital lorsqu'il existe, seront en faveur de la pelvi-péritonite.

L'absence de prodromes, « coup de tonnerre dans un ciel serein » de Dieulafoy, viendra faire pencher plutôt vers l'appendicite.

D'autre part, l'examen de l'abdomen du moins dans les premières heures, viendra apporter d'utiles indications : la localisation de la défense musculaire et de la douleur nettement à droite, qui ressort d'un palper méthodique et prudent, pourra venir contraster avec l'intégrité de la fosse iliaque gauche.

Il faut bien dire, en effet, que le plus souvent dans la pelvi-péritonite la douleur sera basse, mais bilatérale, occupant toute la partie inférieure de l'abdomen.

Mais si parfois le diagnostic est orienté vers la pelvi-péritonite, (comme dans notre observation n° 9), ou le début de l'affection est marqué par une douleur vive et brutale, nettement localisée à la fosse iliaque

gauche, d'autres fois au contraire, il est égaré par la nette localisation à droite, en un véritable point appendiculaire, des symptômes de l'annexité causale.

Tout en gardant aux antécédents la place qui leur est due, il ne faudra pas toujours leur accorder une importance trop grande. D'ailleurs ils peuvent manquer (certaines de nos observations).

Certaines erreurs de diagnostic de clientèle : petites crises successives d'appendicite prises pour des crises de salpingite chez une malade présentant quelques pertes, peuvent venir la charger à tort d'un passé génital.

Et enfin, rien n'empêche une malade soignée depuis longtemps pour salpingite, de faire une crise d'appendicite.

Cependant, un fait fréquent et important lorsqu'il existe au point de vue diagnostique sera l'apparition de la pelvi-péritonite immédiatement après les règles.

Ce diagnostic qui dans les cas typiques peut donc paraître assez facile, le sera beaucoup moins dans les autres (obs. n° 12) et l'on peut dire qu'il atteindra son maximum de difficulté dans l'appendicite pelvienne. Dans cette forme, aux difficultés diagnostiques présentées par l'appendicite proprement dite, viennent se joindre celles dues à sa localisation qui va déterminer en effet une symptomatologie pelvienne.

L'appendicite pelvienne se rencontrera le plus souvent chez l'enfant, mais on pourra la voir à tout âge.

La crise se marquera par une triade de symptômes : douleurs abdominales progressivement croissantes, vomissements, température, auxquels viendront se joindre les signes pelviens proprement dits :

Troubles d'irritation vésicale : pollakiurie, mictions difficiles et incomplètes, rétention complète obligeant au sondage.

Troubles d'irritation rectale : tous les degrés, depuis la simple douleur à l'émission des gaz jusqu'au ténésme et parfois la diarrhée profuse.

Nous pouvons voir que cette symptomatologie présente les mêmes caractères que celles de la pelvi-péritonite génitale.

Le toucher rectal va-t-il nous donner des indications ?

Il révèle contre la paroi rectale antérieure, au niveau du Douglas, en haut, et à droite une hyperesthésie, une douleur vive, certains ont pu même dire, de la contracture.

Cette orientation vers la droite des symptômes, que confirmera le toucher vaginal, pourra venir orienter le diagnostic.

Le toucher rectal qui peut révéler dans l'appendicite pelvienne des symptômes aussi nets, contraste souvent avec l'examen du ventre, car la défense musculaire, dans ces cas, est loin d'être la règle.

Alors que si dans la pelvi-péritonite, la contracture peut être atténuée, devenir de la tension, abdominale, on peut dire qu'elle ne manque presque jamais.

Les difficultés seront encore plus grandes lorsque

L'appendicite pelvienne aura suffisamment évolué pour donner une pelvi-péritonite. On devra alors se baser sur l'anamnèse, les antécédents. Ce diagnostic de nature, alors particulièrement délicat, gardera pourtant une importance capitale au point de vue thérapeutique. Même au cours de l'intervention il peut être difficile de faire la part qui revient dans la pelvi-péritonite à un appareil génital ou à un appendice pelvien qui peuvent être tous deux également lésés comme le montre l'observation n° 11.

La rupture de pyo-salpinx sera ensuite un diagnostic à envisager, non seulement de par sa fréquence, mais de par sa gravité si elle est abandonnée à elle-même. Car la rupture de pyo-salpinx, qui pourra donner dans des cas exceptionnels des pelvi-péritonites rentrant dans le cadre de notre étude, sera le plus souvent à l'origine d'une péritonite généralisée.

Les signes génitaux perdront ici un peu de leur valeur, et même le toucher décèlera comme dans les pelvi-péritonites, le cri du Douglas, la douleur à la mobilisation de l'utérus, parfois la réplétion des culs de sacs, signes n'ayant pour l'instant aucun caractère différentiel.

Ce qui va dominer la scène, c'est un syndrome perforatif, avec son anamnèse et ses signes particuliers. A lui seul, il devra éveiller l'attention et permettre le diagnostic.

Début brutal que signe une douleur atroce, striction, torsion, plus violente que celle du début des pelvi-péritonites aiguës.

La contracture, précoce, est presque toujours généralisée, ferme, en ventre de bois. Le faciès est grippé, péritonéal; l'état de collapsus est rapide. Ces phénomènes de *schock*, de collapsus, doivent être montés en épingle car capables d'emporter à eux seuls le diagnostic.

Dans certains cas, la pelvi-péritonite peut prendre le masque d'un syndrome perforatif, comme le montre l'observation n° 9, et forcer la main au chirurgien. Dans le cas cité, elle a entraîné ainsi une intervention qui, pratiquée dans de mauvaises conditions, a eu des conséquences funestes.

La rupture de pyo-salpinx, aura donc des caractères propres, nets de perforation, permettant le plus souvent de la différencier de la pelvi-péritonite. Mais lorsque ce diagnostic se posera, il pourra être particulièrement difficile et combien important cependant, puisqu'il devra entraîner une intervention d'urgence.

Pour les classiques : Jean-Louis Faure, Siredey, Papin, Mondor, la rupture de la grossesse extra-utérine peut et doit être envisagée.

L'apparition plus rapide du collapsus, le syndrome d'anémie aiguë, classiquement la notion d'aménorrhée, mais surtout d'après Villard, la dysménorrhée avec au toucher un col mou et entr'ouvert, feront le diagnostic.

Cependant, ces symptômes ne sont pas toujours aussi nets et les examens du sang eux-mêmes qui, à priori, pourraient paraître décisifs, sont loin d'être con-

vaincants. Schématiquement on pourra dire : dans la grossesse extra-utérine, la température peut être modérée alors que la leucocytose sera oscillante.

Dans les pelvi-péritonites, la température pourra être oscillante avec une leucocytose uniformément élevée. (Mondor).

Le toucher vaginal n'a pas ici la valeur qu'on pourrait lui accorder, dans la grossesse extra-utérine comme dans la pelvi-péritonite, il révèle le cri du Douglas. Mais si en même temps que cette douleur, on trouve une dépressibilité parfaite de ce cul de sac, on devra penser à la grossesse extra-utérine. (Mondor).

Ce diagnostic qui ne se présentera pas souvent, pourra être très difficile lorsqu'il se posera, notamment dans les formes pseudo-salpingiennes de la grossesse extra-utérine.

La torsion d'un kyste de l'ovaire sera également à envisager. Typiquement : Douleur basse, violente, anxiété, pouls rapide, faciès grippé, sans qu'il existe à proprement parler de contracture. Mais dans certaines formes péritonitiques, il peut exister de la douleur jointe à de la contracture dans la partie inférieure de l'abdomen.

Quoi qu'il en soit, le toucher vaginal joint au palper permettra le plus souvent de faire le diagnostic car il révélera une tumeur douloureuse, peu mobile, capable d'augmenter rapidement de volume.

Cette torsion peut préparer la route à la rupture proprement dite du kyste, mais la réaction péritonéale est alors très marquée et généralisée, aussi le diagnos-

tic avec la pelvi-péritonite ne se posera pas souvent.

Les péritonites primitives ne seront pas toujours d'un diagnostic facile, successivement, on aura à envisager :

— La péritonite gonococcique qui peut succéder à peu de jours à un coït infectant, constituant la forme dite des jeunes mariées. Ici elle se présentera avec les caractères d'une péritonite généralisée à contraction diffuse. L'évolution se fait vers la rémission des signes généraux en 2 à 3 jours (Mondor).

Le diagnostic d'ailleurs ne présente plus une importance capitale, étant donné que d'après l'opinion des auteurs les plus récents, l'intervention dans cette forme est inutile pour ne pas dire nuisible et sa thérapeutique est celle des pelvi-péritonites d'origine génitale.

— La péritonite à streptocoques ne se verra que rarement et d'ailleurs l'intensité des signes généraux et des signes abdominaux guidera moins vers la pelvi-péritonite que vers les autres grands syndromes abdominaux avec péritonite généralisée.

— La péritonite à pneumocoques se voit le plus souvent chez la petite fille mais lorsqu'elle apparaît chez l'adulte, bien souvent le diagnostic n'est pas fait.

Un faciès vultueux, une dyspnée sans signes pulmonaires pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Mondor à la suite de Gibson a attiré à plusieurs reprises l'attention des chirurgiens et des médecins sur l'importance diagnostique de l'examen du sang. Cet examen est des plus simples : c'est celui de la

numération leucocytaire. Il y aurait dans la péritonite à pneumocoques et par là même dans la pelvi-péritonite à pneumocoques une leucocytose précoce avec polynucléose très importante. Cette leucocytose qui dépasse souvent 30.000 globules blancs et qui peut aller jusqu'à 80.000 a paru à certains, (Gibson, Wolfsohn, Obadalek) un très bon signe différentiel à utiliser. Malheureusement, la pratique ne semble pas montrer la constance de ce symptôme.

Enfin très rapidement, le cul de sac de Douglas, s'empâterait pour Mondor qui tend de plus en plus à faire une pelvi-péritonite de la péritonite à pneumocoques, ainsi que le montre sa communication avec Aboulker et Hubert à la Société d'Anatomie Pathologique d'Avril 1935.

Enfin, on devra penser à la sigmoïdite aiguë qui pourra présenter parfois quelques difficultés diagnostiques, étant donné que ce sont les signes d'appendicite à gauche.

Quand on aura éliminé ces diverses affections d'importance inégale suivant qu'elles entraînent ou non l'intervention, on aura à discuter une hypothèse plus délicate; mais dont heureusement, les conséquences thérapeutiques sont de peu d'importance.

Y-a-t-il en effet à proprement parler : pelvi-péritonite ou crise aiguë de salpingite ?

Il n'y a pas de salpingite aiguë sérieuse sans pelvi-péritonite. En ce sens qu'il y a, associée à l'infection muqueuse de la trompe, une réaction du péritoine pelvien. Ce n'est que dans le cas où le symptôme de réac-

tion péritonéale domine, que l'on parle de pelvi-péritonite.

Donc, en pratique, à la période d'urgence de la pelvi-péritonite, il y aura surtout deux diagnostics à éliminer : l'appendicite, la rupture de pyosalpinx et la grossesse extra-utérine qui entraînent l'intervention, la temporisation permettant d'étayer son diagnostic dans les autres cas.

Car la pelvi-péritonite va évoluer soit vers la résolution plus ou moins rapide, et cela même devra y faire penser, soit vers la suppuration, soit encore vers la chronicité.

L'évolution vers la suppuration va se signer par une recrudescence des signes généraux : la fièvre prend le type oscillant, les douleurs reprennent, parfois apparaissent des signes d'occlusion.

Enfin et surtout cette phase de suppuration est marquée par l'apparition proprement dite des signes locaux : diarrhée glaireuse avec ténésme rectal et dysurie.

Signes nets aux touchers vaginal et rectal. Ce sont les signes de Douglassite de Condamin : le cul de sac postérieur est nettement plus déplissé, empâté et donne même des sensations mollasses qui peuvent gagner la cloison recto-vaginale, mais toujours un sillon net sépare l'utérus de la tuméfaction.

Et alors il y a deux cas à envisager : .

A) ou bien les symptômes généraux l'emportent et de beaucoup sur les signes locaux et nous avons affaire à une pelvi-péritonite diffusée au grand périto-

ne, éventualité dont nous dirons seulement qu'elle est le plus souvent d'origine puerpérale, post-partum ou post-abortionum.

B) ou bien, comme dans notre observation, les symptômes locaux prédominent sur les phénomènes généraux et c'est alors le diagnostic des abcès du Douglas qui se pose.

Mais ce diagnostic ne sera le plus souvent qu'étiologique donc d'importance secondaire pour l'instant, puisque le traitement immédiat le plus fréquemment applicable à ces abcès, quelle que soit leur origine, sera soit la colpotomie, soit l'incision par voie rectale. Ces deux opérations pourront constituer à elles seules toute l'intervention ou bien n'être que le premier temps d'une intervention plus complète.

Quoiqu'il en soit, l'hématocèle rétro-utérine, le kyste de l'ovaire infecté présentent les mêmes symptômes par les caractères du pus. Il n'est pas rare que l'intervention fasse seule, le diagnostic.

La pelvi-péritonite à pneumocoque, plus souvent primitive pour Mondor, alors que pour Nové-Josserand, Bréchet et la plupart des auteurs, elle n'est que la localisation d'une péritonite à pneumocoque, sera à envisager. Dans ce cas la ponction du Douglas pourra rendre des services comme le montre l'observation de Rouhier-Levy Brühl-Chevallier. Elle permettra de choisir le moment favorable pour une intervention.

Les abcès du Douglas, consécutifs à une appendicectomie pourront être mis fréquemment en cause car, comme le font remarquer Soupault et Guy Seil-

lé, la pelvi-péritonite dans ces cas est bien moins souvent le fait d'une appendicite pelvienne dans sa forme basse, que la complication pelvienne d'une appendicite abdominale. C'est-à-dire que s'il s'agit parfois d'abcès du Douglas para-appendiculaires, le plus souvent c'est un abcès tardif, résiduel, méta-appendiculaire.

L'appendicite pelvienne pourra donc également, mais moins fréquemment, leur donner naissance. Dans le premier cas la notion de l'opération mettra sur la voie du diagnostic, tandis que dans le second le diagnostic d'origine sera le plus souvent donné par l'intervention.

Le fibrome infecté, comme nous le montre l'observation n° 7, pourra venir créer des difficultés diagnostiques et même déterminer une intervention rapide.

Enfin un empâtement unilatéral, sans aucun sillon le séparant du col, est le signe de l'abcès cellulaire, le phlegmon du ligament large, localisé à la gaine hypogastrique, que l'on doit séparer des pelvi-péritonites.

Ces abcès vont évoluer :

La résolution complète est possible dans les petites collections du Douglas, mais des accidents pourront venir compliquer cette éventualité :

accidents toxiques des plus graves. Après une accalmie de quelques jours, intoxication frappant le foie et les reins par résorption lente du foyer purulent enkysté.

Les accidents occlusifs ne sont pas rares non plus.

Au début, ils reconnaissent pour cause une paralysie intestinale, mais bientôt ils peuvent s'aggraver d'une véritable occlusion mécanique par coudure ou enserrement d'une anse grêle fixée dans le foyer inflammatoire.

Dans la plupart des cas cependant, l'ouverture spontanée est l'aboutissant naturel de ces abcès pelviens :

a) l'ouverture dans la grande cavité péritonéale, éventualité rare, heureusement, car d'une gravité extrême.

L'on aura alors la péritonite diffuse en 3 temps :

La pelvi-péritonite aiguë proprement dite, puis la formation de l'abcès du Douglas et enfin la péritonite généralisée. La rupture connaîtra parfois une cause favorisante : effort, changement de position, toux, défécation. Enfin elle pourra survenir à la suite d'un traitement : colpotomie ou surtout rectotomie. Ce qui a pu faire dire à Santy : « qu'il semble que le drainage rectal de certains de ces abcès qui occupent tout le bassin et remontent parfois au-dessus de la vessie, permette un affaissement brusque du plafond de la poche purulente, constitué par des anses intestinales et de l'épiploon, et que cet effondrement en disloquant les adhérences protectrices permet la brusque inoculation du grand péritoine. »

b) l'ouverture à la peau est exceptionnelle, elle ne peut être que la suite d'une abstention opératoire poussée à l'extrême.

c) l'ouverture dans les organes voisins est de beau-

coup la plus fréquente, elle se fera par ordre de fréquence dans le rectum, le vagin, la vessie. Cette échelle de fréquence correspond heureusement à l'échelle de gravité :

L'ouverture dans le rectum est en général annoncé par du ténesme, de la diarrhée glaireuse (gelée de pommes), de l'œdème de la muqueuse reconnaissable au doigt. En général l'évacuation se fera à l'occasion d'un effort de défécation, débâcle purulente, fétide facilement reconnaissable. D'autres fois, la fissuration insidieuse du rectum se marquera par des selles plus ou moins liquides, où le pus mélangé aux matières pourrait passer inaperçu, si ce n'était son extrême fétidité.

L'ouverture dans la vessie quoique fréquente est plus rare. Elle est annoncée par de la dysurie, de la cystalgie. La perforation se traduira par de la pneumaturie, de la fécalurie. Dans quelques cas le début peut être insidieux, la pyurie progressive peut faire penser à une pyélo-néphrite, à une tuberculose rénale, à une cystite concomitante. La cystoscopie permettra alors de reconnaître l'orifice de la perforation.

L'ouverture dans le vagin est encore plus rare, mais il faut reconnaître qu'elle coïncide presque toujours avec une ouverture dans le rectum ou la vessie, ou dans les deux à la fois. Après cette évolution spontanée diverses éventualités peuvent se présenter :

Parfois guérison en quelques jours : la température redevient normale, l'état général se relève cependant que l'écoulement du pus se tarit rapidement. Il

en est très souvent ainsi quand l'abcès s'est évacué par le rectum. Quant à l'ouverture dans la vessie, elle ne permet une guérison spontanée que dans 1/4 des cas. Dans le reste des cas, des fistules et des complications graves apparaissent : hématurie, calculs vésicaux, pyélonéphrite ascendante mettant la vie de la malade en danger.

L'ouverture dans le vagin est plus favorable que l'ouverture dans la vessie, mais elle n'aboutit pas aussi fréquemment à la guérison spontanée que l'ouverture dans le rectum.

Mais quel que soit le lieu d'ouverture de l'abcès, bien souvent le drainage spontané sera imparfait, d'où série de rechutes : après une rémission de quelques jours l'abcès se reconstitue.

D'autres fois, le drainage spontané imparfait déterminera une évolution, pendant des semaines, de foyers suppurés mal éteints et créera un état de septico-pyohémie des plus graves, métastases suppurées mortelles : abcès sous phénique, — comme nous avons pu le voir chez une malade dont malheureusement nous avons égaré l'observation — abcès du foie, phlegmon périnéphrétique, pleurésie purulente.

Si la guérison survient, ces gros foyers inflammatoires ne disparaissent pas sans laisser de séquelles cicatricielles ultérieures : rétro version utérine adhérente qui pourra d'ailleurs relever également de l'annexité causale, diverticule de la vessie, ou des crises d'obstruction intestinales, pouvant aller jusqu'à nécessiter l'intervention d'urgence.

Même quand la guérison après évacuation spontanée de l'abcès semble parfaite, il faudra toujours craindre la récurrence due à la lésion causale mais ceci fait partie de l'histoire des salpingites et pose des problèmes thérapeutiques qui leurs sont propres.

Le tableau clinique que nous venons de tracer de la pelvi-péritonite chez la femme, nous apparaît à priori simple et bien divisé. Mais en feuilletant nos observations, on s'aperçoit bien vite que vouloir tracer un schéma en fait de pelvi-péritonite n'est qu'une vue de l'esprit ne correspondant pas à la réalité.

Chaque cas est particulier, posant un diagnostic différent, une thérapeutique propre.

La diversité des lésions responsables de la pelvi-péritonite nous rend compte de la multiplicité de ses formes cliniques. D'ailleurs, l'aspect de chacune pourra également se modifier suivant que la lésion initiale coupable viendra imprimer ou non ses propres caractères sur le tableau de réaction péritonéale.

Avant de passer à l'étude du traitement lui-même nous allons individualiser 2 formes qui par leurs caractères cliniques et leur évolution particulière méritent une description propre.

L'une se caractérisera par une évolution rapide et le plus souvent sévère : ce sera la pelvi-péritonite d'origine puerpérale.

L'autre sera marquée par une évolution longue, particulièrement chronique et insidieuse : ce sera la pelvi-péritonite adhésive.

PELVI-PÉRITONITES D'ORIGINE PUERPÉRALE

*Observation : B.*

Mlle P..., 28 ans, célibataire, employée au téléphone, entre dans notre service pour un syndrome péritonéal qu'accompagnent des signes généraux très accusés.

Le vendredi 11 septembre, la malade qui était enceinte de 2 mois et demi s'est fait avorter au moyen d'une sonde posée par une sage-femme.

Comme elle continuait à perdre après sa fausse-couche, son médecin lui conseille, le 15, d'entrer à l'hôpital Beaujon; ce qu'elle fait.

Le 19, elle subit un curetage.

Le 29, pour raison de convenances personnelles, elle entre à l'hôpital du Perpétuel-Secours.

Le 30 au matin, nous la voyons dans notre service : c'est une jeune femme pâle, amaigrie, anxieuse, qui présente le faciès d'une infectée puerpérale, avec une température à 40°, un pouls à 120 en rapport et une respiration accélérée.

C'est alors, pendant qu'on l'examine qu'elle nous raconte sa lamentable histoire.

L'abdomen est très ballonné. La palpation douce permet de mettre en évidence de la défense musculaire sans localisation précise ainsi que de la douleur à la pression, prédominante dans les fosses iliaques.

Le toucher combiné au palper montre un utérus presque fixé dont la moindre mobilisation est très douloureuse. Les culs de sac latéraux sont comblés et le col est mou et entr'ouvert.

Devant ces symptômes locaux, joints à l'histoire de la malade et à la réaction péritonéale, on pense à une pelvi-péritonite post-abortionum, et on met la malade à la glace

cependant que l'on adjoint un traitement anti-infectieux : propidon, urotropine, et diurétique : théobromine.

Devant les signes généraux, qui non seulement ne veulent pas céder mais prédominent, on fait le 11 octobre une hémoculture. Au bout de 24 heures celle-ci est macroscopiquement positive; à l'examen direct on trouve alors de nombreux cocci isolés où groupés par 2, et quelques chaînettes. En vue d'identifier ces germes, on pratique un ensemencement sur gélose nutritive.

Au bout de 24 heures, l'examen montre des groupes nombreux de staphylocoques sans autres germes et surtout sans aucune chaînette de streptocoques. Le 16, après avoir suspendu tout traitement anti-infectieux pendant 2 jours on fait une hémoculture nouvelle.

Le 18, le laboratoire nous téléphone qu'elle est négative.

Pendant tout ce temps les signes généraux sont restés identiques, la température oscillant entre 38 et 40°.

L'examen montre alors que si les signes de réaction péritonéale se sont estompés à l'examen abdominal, il existe au toucher, une infiltration péri-utérine nette, et particulièrement dans le cul de sac inférieur. On envisage la possibilité d'une intervention. Néanmoins, en raison des risques opératoires actuels, on décide de patienter encore quelques jours.

Mais malgré le traitement sérothérapique institué : sérum glucosé en goutte à goutte rectal intraveineux, la malade s'affaiblit de plus en plus, présentant chaque jour un faciès plus alarmant d'intoxiquée.

Aussi, le 31 octobre, sous anesthésie à l'éther, on intervient le plus rapidement possible.

L'opération est très difficile, l'utérus se trouve au milieu de plusieurs poches de pus. Le décollement des anses intestinales est laborieux. On parvient cependant à le

faire sans la moindre brèche intestinale. On pratique alors une hystérectomie subtotale après laquelle le petit bassin apparaît propre et net. On place un Mickuliz. Fermeture de la paroi au fil de bronze.

La chute brusque de la température le soir de l'opération laisse alors les plus grands espoirs. Mais dès le lendemain après-midi elle remonte pour atteindre 40° le surlendemain cependant que le poulx devient de plus en plus filant jusqu'à la mort qui survient dans la matinée.

On pratique alors une autopsie qui montre la présence de pus dans tout l'abdomen.

Le tableau clinique de la pelvi-péritonite d'origine puerpérale nous apparaîtra donc particulièrement sévère, peut-être même un peu trop, en raison du cas particulièrement grave de notre observation.

Cela viendra en grande partie de ce que le germe en cause le plus fréquemment rencontré sera le streptocoque. Mais en dehors du fait de gravité qui incombe à la nature même du microbe, il faudra y ajouter sa tendance diffusante dans les pelvi-péritonites comme nous l'avons dit déjà dans notre rappel étiologique.

D'ailleurs, l'infection elle-même n'aura pas tendance à se localiser comme dans une pelvi-péritonite d'origine annexielle par exemple où les adhérences dues à la salpingite prémonitoire et causale préparent le cloisonnement, la limitation de l'infection.

L'agglutination rapide du sigmoïde, des anses grêles, du grand épiploon, ne forme ici qu'une barrière fragile non organisée, à la collection pelvienne prête à se rompre dans la grande cavité. C'est la rai-

son pour laquelle, si on n'intervient pas à temps, la pelvi-péritonite peut n'être que le premier stade d'une péritonite généralisée.

On peut reconnaître à la pelvi-péritonite d'origine puerpérale 2 étiologies :

Tout d'abord elle peut survenir à la suite d'une inoculation directe du péritoine pelvien au cours même des manœuvres abortives : perforation utérine, injection de liquide septique, ou enfin à la suite d'une perforation par coup de curette malencontreux lors d'un curettage.

Cette première éventualité ne se présentera guère à l'origine des pelvi-péritonites proprement dites, car la lésion initiale, brutale, l'apport microbien massif détermineront le plus souvent une péritonite généralisée, si une hystérectomie précoce ne vient enlever le responsable des accidents.

Bien plus souvent, elle fera suite à une infection puerpérale, infection utérine causée par la lésion initiale et capable de déterminer une réaction péritonéale localisée.

On n'a plus à faire à proprement parler à une pelvi-péritonite ou plutôt péritonite primitive, mais bien à une pelvi-péritonite secondaire.

Il faudra distinguer alors 2 éventualités :

1) Celle où une septicémie, complétant la pelvi-péritonite, les signes généraux dominent la scène et sont très accusés, laissant au second plan les signes locaux.

2) Celle où l'infection étant nettement localisée, les signes locaux passent au second plan.

Cette seconde forme ne semble pas devoir mériter une description particulière. Elle présentera en dehors de l'anamnèse et de l'évolution sévère la plupart des caractères cliniques d'une pelvi-péritonite d'origine annexielle.

La première semble de beaucoup la plus importante, tant au point de vue pronostique que diagnostique.

Affirmer, en effet, l'existence d'une réaction péritonéale au début ne paraît pas une chose facile au cours d'une infection puerpérale (Pinard).

Ce diagnostic est cependant de première importance au point de vue pronostique car on ne peut pas savoir si cette péritonite débutante restera localisée au péritoine pelvien, ou diffusera rapidement au grand péritoine.

Tel est le cas de notre observation.

Au point de vue clinique : ce qui frappe tout d'abord et attire l'attention ce sont en 3 mots : l'aspect de la malade, la courbe de température et le pouls. Rapidement, d'après l'anamnèse, on pose alors le diagnostic d'infection puerpérale.

Ce n'est qu'ensuite, par un examen doux et prudent de l'abdomen que l'on pourra mettre en évidence :

Une défense musculaire plus ou moins marquée, prédominante au niveau de la partie inférieure de

l'abdomen. Nous ne pouvons pas parler de contraction. Mais cette défense, si elle est nette, et si légère soit-elle devra prendre au point de vue clinique le même sens, la même importance. Par endroits, elle pourra céder la place à du météorisme, comme dans notre observation; celui-ci peut alors la masquer en partie mais elle sera presque toujours présente et trouvée, si on la cherche patiemment.

La douleur spontanée n'a pas dans le cas ci-dessus, la vivacité qui peut parfois la caractériser. La douleur provoquée, qui par contre est assez vive, est localisée à l'étage inférieur de l'abdomen. Nous noterons qu'elle peut avoir parfois des sièges paradoxaux.

Les vomissements sont absents également, alors que dans la plupart des cas ils existent ou sont tout au moins remplacés par des nausées.

L'évolution de ces formes est particulièrement sévère, du fait qu'aux dangers locaux de diffusion péritonéale viennent se joindre les dangers de la septicémie.

Or, lésion locale et infection générale semblent bien justifiables d'un même traitement qui tendra à :

- 1) Etablir un drainage évitant la propagation du pus vers la grande cavité ;

- 2) Enlever le responsable des accidents qui est la source même de décharges microbiennes nouvelles, capables d'entretenir la septicémie existante.

Lors de nos conclusions thérapeutiques nous aurons l'occasion de revenir sur ce point essentiel.

La pelvi-péritonite lorsqu'elle surviendra après les couches présentera parfois un début assez particulier.

Généralement, à son origine, on trouvera des causes favorisantes : interventions obstétricales surtout.

Elle apparaîtra 4 à 5 jours après les couches, souvent brusquement, à la suite d'un frisson solennel, violent, cependant que la température s'élèvera à 40°, et fera penser alors à une infection puerpérale pure et simple.

L'examen de l'abdomen pourra ne pas révéler à ce moment de contracture nette, précise, car les muscles sont fatigués, distendus par la grossesse et n'ont point encore retrouvé leur tonicité.

La plupart du temps, cependant, les signes locaux garderont leur valeur et permettront de redresser le diagnostic.

Quant à la forme occlusive de Molin et Condamin, qui peut d'ailleurs n'être qu'une forme compliquée faisant partie de l'évolution des pelvi-péritonites, elle apparaîtra d'emblée, due comme le disent ces auteurs : « à une lésion anatomique première réalisée par le coincement au fond du Douglas, d'anses grêles surprises par l'infection péritonéale à évolution un peu ralentie. Le tableau symptomatique est celui d'une occlusion aiguë du grêle, avec coliques, ondes péristaltiques, vomissements précoces ».

Au cours de l'évolution de la pelvi-péritonite d'origine puerpérale, un diagnostic capital pourra se poser : c'est celui de la diffusion au grand péritoine ou même de la rupture, de la collection pelvienne. Cette

diffusion parfois bruyante pourra se faire au milieu d'une symptomatologie trompeuse.

Cette éventualité, plus fréquente dans les pelvi-péritonites d'origine puerpérale que dans les pelvi-péritonites d'origine annexielle, pour des raisons étiologiques que nous avons données, doit condamner l'expectative, le traitement médical poursuivi trop longtemps.

Pour terminer nous dirons que le diagnostic des pelvi-péritonites d'origine puerpérale sera parfois difficile, non seulement en raison d'une symptomatologie parfois confuse, mais parfois même en raison de l'anamnèse méconnue ou erronée, car il ne faudra pas toujours compter sur les indications ou les aveux des malades, certaines hésitent à se confier même dans des circonstances aussi dramatiques.

#### PELVI-PÉRITONITE ADHÉSIVE

##### *Observation : C.*

Madame P..., 67 ans, veuve, entre dans le service pour des symptômes d'occlusion, ou plutôt de subocclusion intestinale.

Dans les antécédents, on ne note pas de grossesse.

A l'heure actuelle, douleur à la miction et quelques pertes blanches.

A l'examen, le ventre volumineux est assez souple. Le toucher révèle un col dur, un corps utérin augmenté de volume, bombant dans le Douglas, peu mobile.

Le toucher rectal montre la présence d'une masse grosse comme le poing et bombant dans le rectum.

On pense à une périviscérite et on intervient par une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert, on trouve l'intestin grêle congestionné et légèrement dilaté, comme si la malade était en subocclusion. Dans la région sus-pubienne, les anses grêles sont fortement adhérentes à un péritoine épaissi et également enflammé.

On dégage au doigt, les anses grêles, ce temps est très laborieux, à tout instant on a l'impression que l'intestin va se rompre. Il n'est pas possible de recourir à un instrument quelconque car les parois intestinales épaissies au niveau des adhérences sont très friables.

On finit par arriver au petit bassin, mais là tout est fixé et colle aux organes voisins : gros intestin, vessie, utérus et annexes.

On dégage l'S iliaque et on trouve sur son flanc gauche un paquet épais qui paraît résulter d'un agglomérat de franges épiploïques. En dégageant le rectum on arrive à l'utérus dont on libère le fond et la face antérieure fortement adhérente à la vessie. On harponne le fond de l'utérus avec une Museux. Quant aux annexes, elles sont littéralement corps avec les parois du petit bassin.

A force de patience, on finit par amener des débris qui paraissent être ces annexes et on les enlève avec les 2/3 d'un utérus atrophie de vieille femme.

Nulle part on n'a trouvé de pus, mais des placards d'une sorte de magma blanc jaunâtre.

Après ligatures et vérification du petit bassin, on draine avec un Mickuliz et 2 mèches et on ferme la paroi avec fils de bronze.

*Pièce* : à l'ouverture de la cavité utérine on trouve une muqueuse très hypertrophiée. Quant aux annexes, si l'on peut encore distinguer les trompes, il est impossible de reconnaître du tissu ovarien dans les débris retirés.

Quelle est la cause de cette pelvi-péritonite ?

Ce qui paraît le plus probable, c'est une infection génitale mais peut-être l'appendice que l'on n'a pas vu au cours de l'intervention n'est-il pas étranger à cette infection.

Après ablation du Michuliz la température remonte à 38° la malade présente des vomissements, l'abdomen se ballonne et présente sur les flancs, surtout à gauche, une résistance de la paroi, sensation de masse pâteuse probablement épiploïte.

Puis tout rentre dans l'ordre.

Tel est l'aspect clinique de la pelvi-péritonite adhésive. Tous ses caractères figurent dans cette observation, à laquelle nous croyons ne devoir rien ajouter.

---

## OBSERVATIONS

---

### *Observation : 1*

Madame L. P..., 31 ans.

La malade qui souffrait du ventre depuis quelques jours est prise le 16 mars dernier au lever, d'une douleur abdominale dont elle ne peut préciser la localisation, douleur à type de torsion de striction gênant la respiration. En même temps surviennent quelques nausées.

Le médecin traitant appelé voit la malade dans la journée, la température est à 39°, le pouls à 120.

Il ne trouve pas dans les antécédents d'histoire génitale, à peine quelques pertes blanches, la malade est bien réglée et a un petit garçon de 6 ans 1/2.

A l'examen, la paroi abdominale n'effectue aucun mouvement au cours de la respiration.

Sans que l'on puisse dire qu'il soit en bois, le ventre est tout entier en défense, tendu.

On peut trouver un maximum de douleur au niveau de la partie inférieure de l'abdomen.

Le Docteur H. appelé en consultation voit la malade à 22 heures.

L'état général est stationnaire, température à 39°2, pouls à 120.

Les phénomènes abdominaux restent identiques et même vers les flancs on peut trouver une certaine souplesse.

La douleur maximum siège au niveau de la fosse ilia-

que gauche et région sus-pubienne, ainsi qu'au niveau région péri-ombilicale.

Le toucher vaginal montre une extrême sensibilité, mais l'utérus semble libre et les culs de sac souples.

La situation restant inchangée depuis l'après-midi la malade est mise en observation avec glace sur le ventre, traitement vaccinal : propidon.

Le 17 mars. — Amélioration, ventre plus souple, douleur surtout sus-pubienne, au toucher : empâtement du cul de sac droit.

Le 18 mars. — Idem.

Le 19 mars. — Ventre souple dans son ensemble : douloureux au niveau des 2 fosses iliaques et dans la région sus-pubienne. La douleur est surtout marquée lorsqu'après pression, on retire vivement la main.

Le toucher montre un col de volume moyen qui regarde en bas et légèrement en avant. Le corps est dirigé en haut et légèrement à droite, et séparée de lui par un sillon, on sent une masse rénitente élastique, douloureuse et manifestement développée aux dépens des annexes droites. A gauche le cul de sac est sensible mais non empâté.

21 mars. — Toucher : utérus très fixé, mais la sensibilité a complètement disparu et l'état général s'améliore considérablement.

26 mars. — Sensibilité encore diminuée mais utérus reste fixé.

Au début d'avril, la malade quitte le service avec un état local et général très améliorés.

#### *Observation : 2.*

Madame L..., 30 ans, couturière, entre dans le service le 8 avril pour syndrome douloureux abdominal aigu qu'accompagne une température à 39°5.

La malade, qui a eu ses règles normalement le 26 mars dernier, a souffert déjà à cette époque de douleurs dans le bas-ventre, mais a continué son travail jusqu'au 2 avril.

A cette date, ne pouvant même plus marcher, souffrant de plus en plus, elle s'alite et fait appeler son médecin traitant qui devant les signes de réaction péritonéale, la localisation de la douleur dans la partie tant droite que gauche de l'abdomen, l'apparition du syndrome douloureux au moment des règles, pose le diagnostic de pelvi-péritonite d'origine annexielle et met la malade au repos et à la glace sur l'abdomen.

Après huit jours de ce traitement le diagnostic se confirme : un abcès se collecte dans le Douglas.

Le médecin traitant envoie alors immédiatement la malade à l'hôpital. A son entrée, la malade qui se plaint de douleurs abdominales très vives, ne se rappelle pas avoir eu de pertes blanches ni de douleurs abdominales persistantes ou répétées, avant le 26 mars dernier. En un mot pas de passé génital.

A l'examen : la palpation de la paroi abdominale ne permet pas de déceler de défense nette, la douleur à la pression est surtout marquée dans les fosses iliaques droite et gauche.

Le toucher, tant rectal que vaginal, très douloureux, montre la présence d'une masse rénitente dans le cul de sac postérieur.

Le 9 avril, on pratique une colpotomie qui donne issue à une assez grosse quantité de pus fétide.

La température descend dès le lendemain à  $37^{\circ}3$  pour ne plus remonter et la malade sort le 23 avril, cliniquement guérie. Elle est perdue de vue.

*Observation : 3.*

Mlle J. M..., 13 ans, entre d'urgence dans le service pour syndrome abdominal douloureux aigu avec température à 40° et vomissements; Le début des accidents, qui remonte à 5 jours a suivi immédiatement les règles.

Il y a 3 mois la malade a fait une paratyphoïde. Elle a été réglée l'an dernier à 12 ans et depuis cette époque ses règles sont régulières.

A l'examen : à son entrée, l'enfant est pâle avec les traits tirés. Elle présente de la défense de la paroi abdominale et se plaint à la pression abdominale droite. Cette douleur est très bas située dans la fosse iliaque droite.

Au toucher rectal on sent une masse para-rectale droite du volume d'un gros abricot, masse douloureuse à la pression et paraissant peu mobile.

Il ne semble pas qu'on ait à faire à un abcès d'origine appendiculaire.

La forme arrondie de la poche est plutôt en faveur d'un abcès annexiel.

On inspecte alors la vulve et on s'aperçoit que l'hymen est largement perméable permettant l'introduction de 2 doigts. On pratique donc un toucher vaginal et on sent un peu en arrière et à droite de l'utérus, la masse qu'on percevait par toucher rectal.

On apprend alors que cette enfant a des pertes blanches abondantes. Il est vraisemblable, dans ces conditions, qu'il s'agit d'un abcès ovarien.

On renonce à priori à pratiquer une laparotomie et on hésite à faire une colpotomie car il faudrait pour atteindre la poche, inciser le cul de sac latéral droit, c'est-à-dire, risquer de blesser l'uretère ou l'artère utérine.

On se décide pour la voie rectale.

Sous anesthésie générale, on incise l'ampoule en avant et en décollant, on va jusqu'à la poche.

Cette manœuvre est difficile, elle fait saigner.

Cependant on voit, à un moment donné, sourdre le pus en même temps que le sang. C'est donc qu'on a atteint et ouvert l'abcès, mais il n'est pas possible de passer un drain. Le pus qui s'évacue n'a pas d'odeur particulière.

Suites opératoires : pendant plusieurs jours du pus s'écoule avec les matières, puis cet écoulement cesse et la température reste fixe au voisinage de 38° chaque soir.

3 semaines après l'intervention, le 5 décembre :

On trouve au toucher vaginal une masse rétro et paratutérine droite, avec un point légèrement fluctuant. Ce point est très limité, il reste latéral. La question se pose de savoir si on va faire une colpotomie ou recourir à la vaccination.

En vérité, la zone fluctuante est très réduite alors que la masse annexielle est grosse comme le poing. On craint que la colpotomie soit insuffisante pour amener la fonte des lésions. On a recours d'abord à la vaccination :

7 décembre. — Propidon 2 cm<sup>3</sup>.

9 décembre. — Propidon 4 cm<sup>3</sup>.

12 décembre. — Propidon 3 cm<sup>3</sup>, réaction à 39°

14 janvier : au toucher vaginal, diminution notable de la masse qui se trouvait dans le cul de sac latéral droit, cette masse autrefois molle et fluctuante est devenue dure, de consistance parenchymateuse. La température est tombée.

La malade sort du service le 17 janvier.

#### *Observation : 4.*

Madame E. M., 46 ans, mariée, entre dans le service, le 15 novembre pour un syndrome douloureux abdomi-

nal aigu, qu'accompagnent des vomissements et une température à 39°.

L'histoire de la maladie remonte à une vingtaine d'années, date à laquelle la malade a fait une fausse-couche de 6 semaines suivie de phénomènes infectieux et de curettage.

Dans la suite, elle a présenté des crises douloureuses dans la région utéro-ovarienne, qui l'obligeaient à s'aliter plusieurs jours.

Le 13 novembre dernier, la malade a été prise de douleurs abdominales violentes. Douleurs intenses se localisant au début à droite, puis diffusant vers la gauche.

Le soir, surviennent des vomissements alimentaires, en même temps que la malade se sent plus affaiblie et que la douleur, changeant un peu de caractère, devient plus continue s'accompagnant d'une sensation de pesanteur.

A l'examen : on trouve une femme très fatiguée, présentant presque un faciès de schockée, le pouls est à 120, la température à 39°.

Le ventre est ballonné, douloureux à la palpation dans presque toute son étendue, et légèrement contracturé surtout à gauche où l'on sent une grosse masse étalée à limites imprécises.

Le toucher vaginal pénible, permet de sentir à gauche et faisant saillie dans le cul de sac latéral, une masse assez volumineuse de consistance ferme, d'origine an- nexielle probable.

Le col est dévié à droite. Le corps utérin dans son ensemble est difficile à mobiliser, cette manœuvre étant extrêmement douloureuse.

La malade est mise à la glace sur l'abdomen, à un traitement tonique et la température semble devoir progressivement s'abaisser, mais au bout de quelques jours elle remonte à 39°5.

Pendant ce temps, la malade est examinée régulièrement chaque jour. Il semble alors que la collection latéro utérine gauche a tendance à s'abaisser vers le Douglas. On suit la progression de cet abaissement, et on juge le 2 décembre que la colpotomie devient possible. Elle donne issue à une assez grande quantité de pus et la température, en 2 jours, tombe à 37°.

Mais le 3<sup>e</sup> jour, une embolie vient subitement emporter la malade.

*Observation : 5.*

Madame B..., 42 ans, entre dans le service le 20 octobre pour syndrome douloureux abdominal aigu.

Le 15 octobre dernier, à la suite de ses règles qui sont arrivées 7 jours d'avance et ont été plus abondantes avec des caillots, elle a été prise de douleurs très vives dans le bas du ventre, accompagnées de vomissements qui ont duré 3 jours consécutifs, et de fièvre à 39° - 40°.

Le traitement appliqué jusqu'à l'entrée dans notre service avait consisté en injections vaginales chaudes répétées 2 fois par jour.

Le 20 au matin, nous nous trouvons en présence d'une malade dont l'état général semble mauvais. Sa respiration est accélérée : 40 à la minute, la température atteint 40°7, le pouls est à 125.

Nous voyons dans le bocal des urines très colorées, épaisses, et par ailleurs la malade se plaint de mictions difficiles.

Les douleurs abdominales sont très vives et la malade cherche en vain une position susceptible de les calmer.

A l'examen : le ventre est ballonné, très douloureux à la pression. La percussion décèle du météorisme dans la

plus grande partie de l'abdomen, sauf dans la partie sus-pubienne qui est mate.

Le toucher vaginal permet de sentir un col qui est petit, mou, refoulé en avant par une masse diffuse occupant tout le cul de sac postérieur. On peut la refouler par en haut et la percevoir alors avec la main sus-pubienne.

Les culs de sac latéraux ne sont pas dépressibles.

La malade est mise au repos et à la glace, et 3 jours après son entrée le 23 octobre, on pratique une colpotomie.

Incision en arrière et au ras du col. Par cette incision, on tente avec un clamp courbe, puis au doigt, d'atteindre la collection qui est en situation latéro-utérine gauche, mais assez haute. On n'arrive pas à l'ouvrir ainsi. On place donc simplement un drain en croix dans le décollement rétro-utérin le drain est maintenu dans le vagin par deux mèches.

Il semble que la collection se soit drainée secondairement par le drain du Douglas car la température tombe définitivement le lendemain matin.

Les suites opératoires immédiates sont donc très satisfaisantes, l'état général s'améliore. A sa sortie, la malade est complètement apyrétique. Mais le toucher vaginal montre un col bloqué et des culs de sac non dépressibles. Il semble alors que la colpotomie n'ait fait que parer à des accidents aigus et qu'il faille envisager dans un avenir prochain une opération mutilatrice. Les lésions ne paraissant pas guérissables médicalement. La malade promet de revenir régulièrement à la consultation.

En effet, le 27 novembre nous pouvons l'examiner à nouveau. Elle ne se plaint absolument de rien.

Depuis sa sortie elle a été réglée régulièrement, une fois.

A l'examen, on constate alors que les culs de sac sont

libres et dépressibles. L'utérus est un peu gros, mais non douloureux à la mobilisation.

On ne sent plus de masse annexielle.

L'intervention qui, il y a trois semaines, avait pu être envisagée est donc maintenant définitivement écartée.

*Observation : 6.*

Madame R., 41 ans, entre dans notre service le 3 janvier pour un syndrome abdominal douloureux avec température à 38°5.

C'est une vieille histoire de salpingite remontant à 20 ans environ.

Elle a été marquée par des crises peu fréquentes, espacées de plusieurs années mais cependant assez intenses pour nécessiter à chaque fois une hospitalisation.

Le 18 décembre dernier, 6 jours après les règles, la malade est prise de violentes douleurs à point de départ dans la fosse iliaque gauche et généralisées par la suite, qu'accompagnent des vomissements, une température élevée et de légères métrorragies.

Le médecin traitant, appelé, pense à une pelvi-péritonite d'origine annexielle et met la malade au repos et à la glace sur l'abdomen. Les symptômes s'amendent quelque peu et permettent de différer jusqu'au 3 janvier le transfert à l'hôpital.

C'est alors qu'elle nous retrace son lourd passé de salpingite auquel vient s'ajouter le fait qu'elle n'a pas eu d'enfant ni fait de fausse-couche.

Son état à ce moment est presque satisfaisant, la température est à 38°5, les douleurs abdominales sont peu marquées.

A l'examen : la paroi abdominale se laisse facilement déprimer, le toucher vaginal joint au palper abdominal

permet de sentir un col repoussé en avant, cependant que le cul de sac de Douglas, douloureux, est empâté, comme comblé par une masse qui ne semble pas fluctuante.

A la main abdominale, on trouve au-dessus de la symphyse et légèrement basculée vers la droite, une petite masse qui semble être le fond utérin et que l'on peut très légèrement mobiliser avec le col.

A gauche de l'utérus, masse beaucoup plus volumineuse remontant presque au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et qui semble être solidaire de celle que l'on perçoit dans le Douglas.

On met la malade en observation : à la glace et au sérum glucosé, lorsque 12 heures environ après cet examen, elle évacue par l'anus une petite quantité, 3 cuillérées à café, de pus jaunâtre.

La température descend alors aux alentours de 37° mais le drainage rectal n'a pas été suffisant, car au bout de quelques jours la température remonte à 39°.

On fait alors une colpotomie qui donne issue à une assez grande quantité de pus verdâtre et fétide.

Après cette intervention, la température s'abaisse mais reste oscillante autour de 38° pendant quelques jours, pour finalement retomber à 37°.

Après une assez longue période de repos, pendant laquelle la malade a été complètement apyrétique, on décide de pratiquer dans un second temps une hystérectomie. Les lésions annexielles ne paraissant pas justiciables, en effet, d'un autre traitement.

Le 4 mars, sous anesthésie au Schleich, laparatomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert, on trouve la grande cavité masquée par des adhérences de tout le bord libre du grand épiploon au fond du petit bassin.

Libération des adhérences épiploïques. On se trouve

alors en présence d'un utérus petit et d'une double salpingite kystique. Les 2 trompes sont bloquées dans le Douglas et atteignent chacune le volume d'une aubergine. On arrive péniblement à dégager les adhérences intestinales : colon sigmoïde et rectum, de la face postérieure des masses tubaires, mais il est impossible de décoller celles-ci de la face postérieure des ligaments larges, pour libérer le pédicule utéro-ovarien.

On fait alors, après avoir dégagé la vessie et lié les ligaments ronds, une décollation antérieure qui permet de dégager successivement les annexes gauches puis droites.

La péritonisation est impossible, on met un Mickuliz avec un drain et 3 mèches dans le petit bassin.

Fermeture de la paroi aux fils de bronze.

Les suites opératoires sont bonnes, la malade sort du service le 20 avril.

Les suites éloignées sont excellentes, on a notamment l'occasion de revoir la malade 2 ans après l'intervention, elle ne se plaint plus de rien et peut mener une vie active.

#### *Observation : 7.*

Madame A..., 36 ans, mariée, ménagère, entre le 15 mai dans notre service où elle est admise d'urgence pour douleurs violentes dans le bas-ventre avec température à 39°5.

Cette malade qui était traitée depuis 8 ans pour salpingite se manifestant par des crises très violentes, était venue à notre consultation le 23 pour des douleurs abdominales à prédominance droite persistant depuis 10 jours, date des dernières règles. Elle présentait en même temps des pertes blanches abondantes tachant le linge, et un état subfébrile.

Après la consultation, la malade rentre chez elle et souffre toute l'après-midi. La douleur à type d'élançement s'accroît de plus en plus. La température s'élève à 39°8. Des vomissements surviennent. Le lendemain, les symptômes s'aggravent encore. La malade fait appeler son médecin traitant qui l'envoie immédiatement à l'hôpital.

À son entrée dans notre service, les douleurs abdominales sont très vives, la malade protège son abdomen de ses mains et se contracte, rendant l'examen difficile.

Cependant, à force de douceur et de patience, le palper permet de percevoir de la défense musculaire surtout dans la partie inférieure de l'abdomen où siège d'ailleurs le maximum de la douleur.

Le toucher, très pénible, qui donne une impression de chaleur locale assez nette, permet de sentir un col très bas situé mais souple avec des culs de sac empâtés. La masse utérine toute entière semble fixée dans le petit bassin.

Devant ces symptômes, on pense à une pelvi-péritonite d'origine annexielle et la malade est mise immédiatement au repos et à la glace sur l'abdomen, auxquels on adjoint des injections intraveineuses et une goutte à goutte rectal de sérum glucosé.

On la surveille d'heure en heure et l'on voit progressivement la réaction péritonéale se localiser au petit bassin cependant que les vomissements bilieux du début deviennent moins abondants pour cesser complètement.

La température persiste à 39°5, mais le pouls à 110 en rapport est régulier, bien frappé.

Dès le lendemain, les phénomènes généraux s'estompent, la température descend à 38°, l'état de la malade s'est très amélioré. La paroi abdominale est assez souple

mais il persiste une sensibilité très marquée au-dessus du pubis, à droite.

Le toucher vaginal montre un col souple, un peu mou, mobile. Au-dessus de lui on perçoit une grosse masse qui se prolonge au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane, masse régulière de consistance assez ferme. Il est difficile de délimiter les dimensions exactes de l'utérus. Devant ces signes locaux, deux diagnostics sont mis alors en présence : ou celui du fibrome infecté, ou celui d'hématocèle coiffant l'utérus.

Quoiqu'il en soit, le 11 juin, la température qui oscille autour de  $37^{\circ}5$  semble suffisamment abaissée pour pratiquer une intervention.

Sous anesthésie à l'éther, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert, on voit l'épiploon et le colon sigmoïde couchés sur le fond utérin et fixés à la face inférieure. Après avoir soigneusement protégé la grande cavité, on va à la recherche des annexes droites, mais en les décollant, on ouvre un abcès qui contient un verre de pus jaune, bien lié, non odorant; abcès dont la paroi est formée par le bord inférieur de l'épiploon, par le colon sigmoïde et par l'utérus. Les annexes droites sont alors décollées et après ligature des pédicules de ce côté, on achève l'opération par une hystérectomie à la Kelly de droite à gauche. Les annexes gauches forment un bloc et on trouve là une nouvelle collection qu'on réussit à ne pas ouvrir. Après ligature du col et de tous les pédicules, on met un Mickuliz avec mèches.

Pendant quelques jours après l'intervention, la température s'élève autour de  $38^{\circ}5$ , mais rapidement elle retombe à la normale après ablation du Mickuliz, et la malade sort du service le 20 juillet.

*Observation : 8.*

Madame D..., 29 ans, mariée, entre dans notre service pour un syndrome abdominal douloureux, aigu, qu'accompagnent des vomissements et une température à 39°.

Il y a 2 mois, la malade a fait une fausse-couche et depuis cette époque elle a présenté des pertes jaunâtres abondantes en même temps qu'elle a souffert de tout le bas-ventre.

Il y a 3 semaines, des douleurs violentes à type de coliques basses, accompagnées de vomissements et de fièvre, l'ont obligée à se faire hospitaliser à l'hôpital Beaujon où elle a passé 10 jours avec de la glace sur le ventre. Les phénomènes aigus se sont alors un peu apaisés et elle a pu quitter l'hôpital.

Rentrée chez elle, les douleurs abdominales l'ont reprise et n'ont plus été calmées par la glace comme la première fois. Le médecin traitant appelé, a conseillé alors à la malade d'entrer de nouveau à l'hôpital. Le 11 juillet, nous nous trouvons en présence d'une malade au faciès légèrement plombé qui se plaint de douleurs extrêmement vives l'obligeant à protéger son abdomen de ses mains.

Des vomissements bilieux, fréquents, viennent par moments porter la douleur à son paroxysme.

A l'examen : le ventre gros est étalé; souple dans sa partie sus-ombilicale, on sent dans sa partie inférieure des masses résistantes qui s'étendent d'un bord externe d'un droit au bord externe de l'autre.

Cette masse diffuse paraît avoir sa limite supérieure au niveau de l'ombilic.

Le toucher vaginal, très douloureux, permet de sentir un col rétro-pubien, refoulé en avant par un énorme abcès du Douglas.

Il est probable que les masses résiduelles que l'on sent

à travers la paroi abdominale, sont dues à de larges nappes d'épiploïte adhérente.

Le 12 juillet, on pratique une colpotomie qui donne issue à une assez grande quantité de pus fétide. On place un drain.

Les suites opératoires sont normales, très satisfaisantes et le 7<sup>e</sup> jour on enlève le drain; la malade sort le 13<sup>e</sup> jour, complètement apyrétique.

Mais le 5 août, elle demande à nouveau son admission car elle est reprise de douleurs abdominales violentes en même temps que la température s'est élevée à 39°.

A l'examen : on constate alors que derrière l'orifice de colpotomie refermé, il s'est formé une nouvelle collection.

Le jour même, sous anesthésie à l'éther, on pratique une incision de la cicatrice de colpotomie primitive. On place un nouveau drainage. Les suites opératoires sont excellentes et la malade de nouveau apyrétique quitte le service le 21 août.

Le 9 décembre la malade revient dans le service.

Très soulagée à la suite de la colpotomie pratiquée le 5 août dernier, néanmoins, elle continue à souffrir du bas-ventre, notamment à gauche, et surtout présente des pertes blanches et purulentes qui l'obligent à se garnir chaque jour.

Les règles sont normales quant à leur régularité mais un peu trop abondantes durant 8 jours environ.

L'examen pratiqué à cette date, montre au toucher rectal un col de moyenne dimension et souple qui regarde en bas et légèrement en arrière.

En arrière de lui, on sent une masse relativement mobilisable, rénitente, qui occupe tout le Douglas et refoule l'utérus en avant.

Quand on ramène le doigt, il est enrobé de pus.

Devant ces symptômes persistants d'annexité, après un repos de 5 mois, on pense ne plus devoir différer une intervention qui doit permettre à la malade de retrouver une vie active.

Le 11 décembre, sous anesthésie à l'éther, on pratique une laparotomie sous-ombilicale.

On tombe sur un utérus petit avec des annexes normales à droite, ou du moins d'aspect tel, et une énorme poche annexielle grosse comme les 2 poings, suppurée, à gauche.

On pratique une hystérectomie abdominale subtotal de droite à gauche. Tout se passe bien jusqu'à l'utérine gauche sur laquelle on place une pince de Jean-Louis Faure. Mais à ce moment la poche se rompt et inonde le champ opératoire d'un pus fétide.

Le décollement de la poche salpingienne qui tient au vagin, au péritoine iliaque et à l'S iliaque, est très laborieux.

On est obligé d'enlever les parois par morceaux.

On place alors un Mickuliz et l'on ferme la paroi au fil de bronze. Les suites opératoires immédiates donnent un peu d'inquiétude, la température s'élève à 39°, oscillante pendant quelques jours, mais finalement retombe à 37° et le 20 janvier la malade quitte le service, apyrétique.

Le 27 mars elle revient nous voir à la consultation. L'état général est excellent. Seulement la cicatrice opératoire qui est légèrement déficiente nécessite le port d'une ceinture.

#### *Observation : 9.*

Madame M... 38 ans.

Entre à l'hôpital le 21 avril pour un syndrome abdominal aigu survenu le 17 avril.

Vers 10 heures du matin alors qu'elle vaquait à ses

occupations, la malade ressent brusquement une douleur atroce avec sensation de torsion dans la fosse iliaque gauche, et vomit.

Elle s'alite aussitôt et fait appeler son médecin traitant qui la fait mettre au repos et à la glace. La douleur s'est atténuée spontanément, assez rapidement, pour persister 5 ou 6 heures et se calmer ensuite.

Le soir, température à 40°.

Les jours suivants, les phénomènes douloureux s'apaisent mais la température reste à 40° avec un pouls à 120.

Pas de diarrhée, pas de constipation.

Le 21, soit 4 jours après le début des accidents, la malade entre à l'hôpital.

Elle a les traits tirés, la langue saburrale, un peu de subictère, elle ne souffre plus.

Comme histoire génitale, on note des pertes blanches depuis longtemps déjà, précédant les règles.

A l'examen : en raison de l'épaisseur de la paroi et de la défense musculaire, il est difficile de préciser les lésions. Cependant, après un toucher difficile car très douloureux, on peut certifier qu'il n'y a pas de collection dans le Douglas.

C'est un tableau de pelvi-péritonite aiguë dont on ne peut à l'heure actuelle préciser l'origine.

La malade reste donc à la glace, elle est soumise à un traitement didactique.

*Le 28.* — Le palper abdominal montre que la partie haute du ventre est souple, mais au-dessous de la ligne passant par l'ombilic on sent une masse diffuse, étalée, dont la limite supérieure est à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la limite inférieure au pubis, et qui s'étend latéralement vers les 2 fosses iliaques.

Le toucher permet d'atteindre un col situé haut, mais on ne peut apprécier l'état des culs de sac qu'on n'atteint

pas avec le doigt. Ce col ne paraît pas enmuré comme dans une périméthro-salpingite.

Etant donné l'état général satisfaisant et l'amorce de descente de la température : 39°, 38°5, il convient de rester dans l'expectative.

*Le 29.* — Le lendemain la malade ressent brusquement une douleur violente dans le ventre, analogue à celle qui a marqué le début de l'affection. Le ventre est presque aussitôt contracturé dans toute la région sous-ombilicale, il est bloqué, la respiration abdominale est abolie, la température s'élève rapidement à 40°8, le pouls est à 120, les traits se tirent. Etant donné ces symptômes, il ne semble plus possible de différer l'intervention.

Sous anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès qu'on arrive à la couche musculaire, on constate une infiltration. La couche grasseuse sous-péritonéale est infiltrée jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Finalement on arrive à ouvrir le péritoine qui est épaissi. Et il s'écoule en abondance, un pus relativement épais, malodorant mais n'ayant cependant pas l'odeur des abcès péri-intestinaux.

Le pus épongé, on tombe sur un utérus fibromateux qui a le volume d'un très gros poing d'adulte.

Cet utérus est solidement fixé en arrière mais son fond se détache sans trop de difficulté des anses intestinales qui, accolées les unes aux autres et fixées au péritoine antérieur, forment plafond à l'abcès péri-utérin. On hésite à mettre 2 drains à droite et à gauche de l'utérus et à terminer là l'opération, mais il paraît probable que cet abcès n'était pas unique et la présence de ce gros utérus gênerait tout drainage.

On enlève donc la masse utérine en sectionnant ses pédicules et son col. Ceci fait, on sent à droite et à gauche

2 poches fluctuantes qui sont manifestement incluses dans les annexes et qu'il convient d'extirper. On parvient à enlever complètement les poches. On constate ensuite que nulle part l'intestin n'a été lésé.

Le pus que contenaient les 2 poches annexielles dont le volume était celui d'une grosse orange — était un peu plus crémeux que celui de l'abcès péri-utérin. —

L'hémostase faite, la plaie opératoire offre un aspect satisfaisant. La grande cavité ne semble pas avoir pu être infectée. On draine la large poche qui subsiste avec un drain qui descend au fond du Douglas et à son contact un sac de Mickuliz avec 6 mèches. Trois fils de bronze réduisent la plaie en haut.

L'opération terminée, le cœur de la malade est en pleine défaillance : caféine, puis huile camphrée toutes les 10 minutes, adrénaline, inhalation d'oxygène, sérum, ne permettent qu'une amélioration momentanée.

Une heure après les bruits du cœur s'accroissent et s'assourdisent pour cesser complètement.

#### *Observation 10.*

Mademoiselle L..., 20 ans, parfumeuse, entre dans notre service le 9 avril pour un syndrome abdominal aigu.

Il y a 3 mois, la malade a commencé à présenter des pertes blanches en même temps que ses règles sont devenues douloureuses. Le 26 mars dernier elle a été prise de douleurs dans le bas-ventre en même temps qu'elle s'est mise à expulser de gros caillots.

Le lendemain, douleur vive localisée dans la région des fosses iliaques, vomissements, diarrhée. Le médecin traitant appelé diagnostique une pelvi-péritonite d'origine annexielle et met la malade au repos et à la glace. Mais les signes généraux qui s'étaient amendés pendant

quelques jours, reprennent de plus belle et le 9 avril, la malade est envoyée d'urgence à l'hôpital.

C'est une jeune fille de 20 ans qui se trouve actuellement très fatiguée, a les traits tirés, et présente en un mot, un faciès d'infectée.

A l'examen, la paroi abdominale est contractée, tendue, dans toute la région abdominale située au-dessus de l'ombilic. Au toucher, on sent les culs de sac postérieur et latéraux empâtés. Le col est mou et entr'ouvert le toucher est très pénible.

La température est à 39°5 avec un pouls à 120 en rapport.

L'état actuel ne présentant rien de particulièrement alarmant, la malade est laissée au repos et à la glace, auxquels on adjoint des injections intra-veineuses de sérum glucosé.

Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes aigus s'amendent, la réaction péritonéale s'estompe, la température baisse.

— le 15 avril, la malade accuse de la sensibilité à la palpation même légère des fosses iliaques, surtout à droite. Au toucher vaginal, le col est toujours mou et entr'ouvert, le corps utérin est fixé, les culs de sac latéraux sont empâtés et douloureux.

— le 29 avril, état très amélioré, température subnormale.

au toucher, culs de sac dégagés et utérus plus mobilisable.

— Le 6 mai, la malade est apyrétique depuis quelques jours.

à l'examen : ventre souple dans son ensemble, non douloureux, même dans la région sus-pubienne. Au toucher on trouve un utérus un peu gros, partiellement fixé, mais non douloureux lorsqu'on cherche à le mobiliser. A droite

et un peu plus en avant de l'utérus, on sent une masse arrondie du volume d'une grosse orange, fixée à l'utérus, non douloureuse que l'on pense être une collection développée au voisinage de l'utérus, peut-être dans la trompe droite au moment des phénomènes aigus présentés par la malade. Cette collection doit être actuellement amicrobienne étant donné l'état thermique et l'état général de la malade.

Cet état local ne se modifiant plus depuis quelque temps, la malade étant d'autre part dans l'impossibilité de prendre chez elle le repos de quelques semaines qui serait désirable avant l'intervention, on décide d'intervenir sans plus attendre.

Le 7 mai 1931, laparatomie médiane sous-ombilicale : le péritoine ouvert, on constate que le tablier épiploïque notablement atteint d'épiploïte, est étendu en avant de la cavité péritonéale, tout son bord libre, adhérant dans la partie basse de l'abdomen. Ces adhérences, très antérieures, semblent surtout contractées au niveau du dôme vésical, si bien que tout l'intestin grêle, tout le petit bassin, utérus et annexes, sont masqués par l'épiploon.

On commence, très prudemment, à cliver ces adhérences, au point reconnu comme le bord libre de l'épiploon; le clivage se poursuit dans la moitié gauche sans autre inconvénient qu'un suintement sanguin assez important, mais lorsqu'on arrive sur la droite, on constate qu'il existe à ce niveau un véritable abcès (probablement épiploïte, suppurée entre l'épiploon et la corne droite de la vessie. On poursuit la libération après ouverture de cet abcès.

On découvre alors l'utérus légèrement rétroversé par une double annexité très adhérente dans le Douglas. On libère facilement les annexes des deux côtés.

Hystérectomie subtotale abdominale, hémostase de l'é-

piploon, hémostase de la zone des adhérences du dôme vésical. On termine par la mise en place d'un gros Mikuliz.

Les suites opératoires sont normales, très satisfaisantes..

### *Observation 11.*

Mlle S. C..., 31 ans, ouvrière d'usine, entre dans notre service le 6 août.

Depuis un mois la malade a présenté des coliques postprandiales avec diarrhée et le 3 août dernier après son repas de midi, elle est prise de douleurs abdominales violentes avec vomissements : 6 dans la nuit. Ces vomissements sont d'abord alimentaires puis bilieux.

Le 6 août, les douleurs prenant le type d'élancements, de picotements dans le bas-ventre, puis devenant continues, la malade est amenée dans notre service.

Pendant qu'on l'examine, elle nous raconte son histoire et nous notons l'absence de passé génital.

La paroi est souple dans une grande partie de son étendue, mais on note de la défense au niveau des deux fosses iliaques, en même temps qu'un maximum de douleur à la pression.

Au toucher vaginal, le col est un peu entrouvert admettant la pulpe de l'index, il regarde en bas et un peu à droite. Il est souple et mobile. Le corps utérin est antéfléchi, douloureux à la pression. Les culs de sac sont très sensibles, notamment le postérieur, mais ils ne paraissent pas empâtés.

On met la malade à la glace et on la surveille de jour en jour : les phénomènes généraux s'atténuent d'abord pour reprendre leur aspect primitif : température à 39°, pouls à 120, en même temps que l'on voit se former pro-

gressivement un abcès de Douglas. Le 19 août, on évacue par colpotomie postérieure, une collection importante de pus fétide.

Les suites opératoires son excellentes et la malade sort du service le 30 août.

Les accidents aigus ayant été parés, on conseille à la malade de revenir pour la suivre de semaine en semaine et juger de l'utilité d'un second temps.

Le 29 octobre, la malade entre de nouveau dans notre service pour hystérectomie car on a pensé à une origine annexielle possible.

Elle nous dit alors souffrir de temps à autre du bas-ventre. Le toucher vaginal vient confirmer notre diagnostic étiologique, en nous montrant un col souple mais un utérus rétroversé, peu mobile, et des culs de sac libres, sauf le cul de sac postérieur.

Le 30 octobre, on pratique sous anesthésie à l'éther, une laparatomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert, on voit l'intestin grêle fixé au petit bassin et qui bouche la lumière de l'ouverture.

En décollant, on voit sourdre du pus. On finit par dégager l'utérus et les annexes qui ne semblent pas trop malades et l'on pratique une hystérectomie.

On va alors à l'appendice et l'on tombe dans une énorme poche formée d'adhérences, dans laquelle se trouve un appendice pelvien, bas situé, court, rétracté, mais contenant un calcul. On place un Mickuliz et l'on ferme la paroi aux fils de bronze.

Suites opératoires : le 4<sup>e</sup> jour, on commence à enlever des mèches, puis le 8<sup>e</sup> jour le sac entier ; c'est alors qu'il s'écoule une assez grande quantité de pus, puis la température retombe à la normale et la malade sort du service le 25 novembre.

*Observation 12.*

Mlle A. R..., 15 ans, entre dans notre service le 13 mars à la suite d'un syndrome abdominal douloureux accompagné de poussées de température à 39°. La malade, qui a été réglée à 12 ans, a présenté jusqu'à ces derniers temps des règles normales. Depuis 3 mois environ, elle présente des pertes blanches abondantes, ne tachant pas le linge, ayant l'apparence de blanc d'œuf. Elles sont cependant si abondantes, que la malade est obligée de se garnir chaque jour comme au moment des règles.

Le 24 février, elle a présenté un syndrome abdominal douloureux en même temps que la température s'est élevée à 39°5.

Le médecin traitant appelé, diagnostique une appendicite et fait mettre immédiatement la malade à la glace.

Les phénomènes aigus s'apaisent, la température redescend progressivement pour remonter à 39°5 le 4 mars et enfin osciller autour de 38° jusqu'à l'entrée à l'hôpital le 13 mars.

A cette date, on constate à l'examen que la paroi abdominale ne présente pas de défense, mais la pression est particulièrement douloureuse dans la partie inférieure de l'abdomen, sans localisation précise.

L'examen de la vulve montre que l'hymen est perméable, le toucher vaginal montre alors un col petit et refoulé derrière le pubis. Le cul de sac postérieur, douloureux, bombe et est occupé par une grosse collection.

Le soir même, sous anesthésie à l'éther, on pratique une colpotomie qui permet l'évacuation d'une grosse poche de pus grisâtre ayant l'odeur du pus des abcès péri-intestinaux. On place un drain habillé.

Dès le lendemain la température tombe : amélioration extrêmement rapide. Quelle a été la cause de l'abcès ? Salpingo-ovarite ou appendicite ? Etant donné l'âge de la

malade on serait amené à penser qu'il s'agit d'un abcès appendiculaire. Mais l'importance des pertes et la perméabilité de l'hymen rendent possible l'hypothèse d'une collection d'origine annexielle.

Quoiqu'il en soit, on décide de pratiquer une appendicectomie dans un temps, ultérieur après un repos de quelques semaines. Mais on n'entend plus parler de la malade sans doute effrayée à l'idée d'une seconde intervention. alors qu'elle se porte peut-être très bien.

---

## LE TRAITEMENT

---

Dans les pelvi-péritonites d'origine génitale, il n'est pas possible d'entrevoir des règles fixes et rigides de traitement. Si les formes cliniques, en effet, sont multiples, la thérapeutique est, elle aussi, éminemment variable et adaptée à chaque cas. Elle a subi d'ailleurs dans ces dernières années d'importantes modifications en ce sens qu'en fait de pelvi-péritonite, le traitement chirurgical a cédé progressivement le pas au traitement médical.

Ce traitement d'ailleurs dépendra :

1) De la phase à laquelle se trouvera la pelvi-péritonite au cours de son évolution :

Stade aigu, proprement dit, qui peut aboutir parfois à la résolution, mais le plus souvent aboutit au suivant :

Stade de suppuration, de collection, de formation le plus souvent d'un abcès de Douglas.

2) De la nature même de la pelvi-péritonite :

En ce sens que la pelvi-péritonite d'origine puerpérale, comme au cours de l'étude clinique, méritera dans la thérapeutique une place à part.

A la période aiguë, lorsque la réaction péritonéale domine la scène, la plupart des auteurs reconnaissent donc aux pelvi-péritonites d'origine annexielle, un traitement médical. Mais si la prudence est alors de mise, cette expectative doit être avant tout une expectative armée.

Mais quels moyens aura-t-on alors à sa disposition?

Lorsque nous parcourons nos observations, nous voyons : le repos, la diète, la glace, amener à eux seuls, dès le premier ou le second jour, une rémission des symptômes.

Ces 3 éléments, d'une application bien simple, tiennent en effet la première place dans le traitement des pelvi-péritonites.

En l'absence de glace, comme cela se rencontre parfois en clientèle rurale, on pourra la remplacer par la chaleur sur l'abdomen, les injections vaginales chaudes légèrement antiseptiques, les petits lavements chauds, les bains de siège.

Dans ces dernières années, la chimiothérapie avec ses nombreux produits : dérivés salicylés : urotropine, colorants : trypaflavine, rubiazol, a pris une place importante.

Ces produits peuvent être administrés par voie buccale, en injection intra-veineuse ou intra-musculaire, suivant le choix que l'on a fait.

Les métaux colloïdaux en injection intra-musculaire, en injection intra-veineuse, agissent plus par le choc qu'ils causent que par leur valeur antiseptique et cela nous conduit aux méthodes biologiques.

La protéinothérapie, dont l'action de choc nous est bien connue. Le vaccin de Delbet ou propidon, lui doit ses succès plus qu'à ses propriétés vaccinales.

Les vaccins peuvent cependant rendre de grands services et sont pratiquement plus employés que les sérums :

Vaccination et sérothérapie peuvent être spécifiques ou non, la spécificité semble cependant leur conférer une plus grande valeur thérapeutique.

Il est notamment intéressant de suivre les effets des auto-vaccins préparés en partant de sécrétions prélevées au col. Surtout dans les accidents d'origine gonococcique, ils paraissent avoir sur l'évolution une influence indéniable.

Cependant, ils ne contiennent pas du gonocoque pur mais également les autres microbes prélevés au col. Ils n'ont donc pas une spécificité contre le gonocoque, proprement dite, mais une spécificité adaptée à chaque cas.

On pourra donc leur opposer que le germe responsable ne se trouve pas toujours au col au moment du prélèvement et que leur action non spécifique est comparable à celle de la plupart des poly-vaccins.

Enfin pour terminer, l'abcès de fixation : injection sous-cutanée de thérébenthine, préconisé par Fauchier, excite théoriquement la défense leucocytaire, mais paraît plus un élément de pronostic qu'un élément de défense.

Tel est le traitement qui, dans les pelvi-péritonites d'origine annexielle, a pu donner entière satisfaction.

Mais si dans ces dernières, il est établi que l'urgence chirurgicale proprement dite n'est que relative ou inexistante, il n'en est plus de même dans les pelvi-péritonites d'origine puerpérale.

La thérapeutique des pelvi-péritonites d'origine puerpérale devra être dominée par la notion suivante dont on s'efforcera de rechercher les caractères cliniques : y a-t-il ou n'y a-t-il pas une lésion utérine flagrante : perforation, escarre, etc...

Dans le premier cas, les indications de l'hystérectomie d'urgence atteignent leur maximum de fréquence.

Comme nous l'avons vu au cours de l'étude clinique, la pelvi-péritonite dans ces cas n'est bien souvent que le premier stade d'une péritonite généralisée.

Dans le second cas, commencent les difficultés, l'intervention minimum présentant souvent des indications.

En pratique :

— Si on se trouve en présence d'une collection bien limitée, ramassée, la colpotomie est permise et même doit être faite.

— Si l'on décèle à l'examen local une collection diffuse, que l'on suppose être à multiples clapiers, on est en droit de penser que la colpotomie ne drainera pas suffisamment, et l'on est amené à pratiquer une laparatomie.

Celle-ci dans le cas de notre observation B nous révèle alors un utérus très infecté, environné de plusieurs poches de pus dans lesquelles baignent les anses intestinales.

Quelle doit être alors la conduite à tenir ?

Si l'on se contente d'un simple drainage, on a bien peu de chances de voir céder les phénomènes généraux, car il sera forcément imparfait, l'agglutination, le cloisonnement se reproduisant bientôt autour des annexes et déterminant la formation de nouvelles poches de pus.

Il faut d'ailleurs tenir compte de ce que l'infection n'est pas strictement localisée au péritoine mais chemine également dans les espaces sous-péritonéaux.

L'ablation du coupable paraît donc nécessaire. Et lorsqu'elle est pratiquée, elle doit l'être rapidement, le plus rapidement possible avec le souci constant de la protection du péritoine sain.

Cette technique appliquée en tous ses points, dans notre observation B a donné de mauvais résultats.

Doit-on l'accuser ? Il ne semble pas. Car rien ne peut prouver que l'évolution n'eût pas été aussi fatale, en laissant en place un utérus aussi infecté et en se bornant à un traitement médical ou à un simple drainage.

Dans les pelvi-péritonites d'origine puerpérale, il est permis de dire que le traitement chirurgical, malgré ses risques reprend ses droits en raison de l'évolution trop souvent sévère de ces affections abandonnées à un traitement médical trop confiant. Ce dernier cependant, qui ne sera qu'un cliché de celui des pelvi-péritonites d'origine annexielle, devra venir le compléter. Notamment, dans les cas où à la pelvi-péritonite viendra se joindre une septicémie.

Lorsqu'il s'agira plus spécialement de streptocoque, il conviendra pour avoir le maximum d'effet ou de résultats, d'associer ensemble une sérothérapie locale et une sérothérapie générale.

Le sérum glucosé intra-veineux, le goutte à goutte rectal, la transfusion sanguine, les immuno-transfusions seront également de précieux adjuvants de l'intervention.

Les pelvi-péritonites d'origine puerpérale mises à part, nous voyons quelle conduite à tenir devant les pelvi-péritonites d'origine génitale à la période aiguë.

Elle s'explique par le fait que le péritoine a localisé l'infection : la nature a besoin qu'on l'aide et non qu'on la contrarie. Il faut temporiser, surveiller la malade et n'intervenir que si, ni les signes locaux, ni les signes généraux ne régressent sous l'influence du traitement didactique institué.

A ce moment d'ailleurs, bien souvent l'abcès est formé : l'intervention n'est plus qu'une intervention de drainage en évitant au maximum de rompre les adhérences. Si l'ablation de la lésion coupable risque de rompre la barrière naturelle de l'abcès, il ne faut que drainer sans chercher à faire une opération typique, complète.

Ainsi que le souligne Vignes (Concours Médical janvier 1933), on n'ouvre ces collections qu'après une période de surveillance pendant laquelle on met en œuvre le repos, la glace, les lavages génitaux, la vacinothérapie, la chimiothérapie.

Et Schwartz insiste ainsi que P. Mocquot : (Société

Nationale de Chirurgie de 1932) sur les bons résultats et les guérisons nombreuses que donne, seul, un traitement médical bien conduit.

Notre observation n° 1 semble bien devoir illustrer ces faits : le repos, la glace la vaccinothérapie amènent en 1 ou 2 jours une sédation non seulement des signes généraux mais des signes locaux. On voit de jour en jour l'amélioration se poursuivre et même la résolution se faire sans qu'une colpotomie soit nécessaire.

Le plus souvent cependant, cette résolution complète que nous avons pu observer ne se fait pas, et l'évolution tend vers la suppuration. Celle-ci se localisera le plus souvent dans le point le plus déclive et tombera dans le Douglas. La colpotomie ou l'incision par voie rectale sont alors indiquées.

La colpotomie est la voie la plus facile, la plus accessible. Cependant dans certaines collections à situation plutôt latérale, comme dans le cas de notre observation n° 3, on doit hésiter et même renoncer à faire une colpotomie, car pour atteindre la poche il faut inciser le cul de sac latéral, c'est-à-dire risquer de blesser l'uretère ou l'artère utérine.

La voie rectale reprend alors ses droits. C'est d'ailleurs la voie naturelle par où se font les fistulisations spontanées qui se terminent bien. Observation A.

La malade étant mise en position gynécologique, on pratique alors une dilatation anale et l'on fait une ponction exploratrice. L'incision de la rectotomie se faisant ensuite sur l'aiguille de ponction.

Quelle que soit la voie employée, rectale ou vaginale, on placera à l'intérieur de la cavité un drain habillé que l'on retirera au bout de 4 jours.

Dans les pelvi-péritonites d'origine génitale, en général, mais surtout dans les pelvi-péritonites post-abortum, où une colpotomie seule peut être pratiquée dans certains cas, on a pu envisager (Vincent) une sérothérapie locale jointe à la sérothérapie générale.

Mais si cette méthode a pu donner de bons résultats, nous devons cependant souligner l'opinion de Santy qui prescrit de ne pas faire de lavages ni de manœuvres car le plafond de l'abcès, constitué par une agglutination précaire, a tendance à s'effondrer, parfois même les adhérences se rompant brusquement au moment de l'ouverture, et il signale ainsi le cas de péritonite aiguë généralisée après colpotomie.

Lorsque la collection est plus haut située, au milieu des adhérences, et que la tuméfaction est surtout perçue à l'hypogastre, Condamin considère encore comme possible et sans danger cette véritable laparatomie vaginale qu'est la colpotomie.

C'est cependant une méthode aveugle, et notamment dans les formes à abcès multiples ou latéraux, menaçant la vessie, doit-on lui préférer la laparatomie sous-péritonéale à la Pozzi : incision oblique parallèle et sus-jacente à l'aracade rurale, qui permet de décoller le péritoine jusqu'à l'abcès dont on effondre la paroi pour le vider et le drainer.

Ce n'est que dans des cas d'espèce, assez exceptionnels : collection très étendue par exemple, ou

abcès biloculaire en bouton de chemise, que l'on pourra être conduit à une voix mixte haute et basse conjuguées, en général en deux temps.

Soit par manque de surveillance, soit à la suite d'une expectative trop longue, soit précocement de par sa nature même, la collection pelvienne enkystée pourra entraîner des complications plus ou moins graves, justiciables de thérapeutiques particulières.

La rupture dans le grand péritoine, toujours à craindre, se présentera avec son maximum de fréquence dans les pelvi-péritonites post-abortum. Elle devra être décelée à temps pour que lui soit appliquée dans le minimum de temps une laparatomie d'urgence.

La fistulisation dans la vessie, loin d'être à proprement parler un mode de drainage, est une complication grave. Le traitement chirurgical seul après refroidissement, lui sera applicable. D'ailleurs il semble bien que dans les fistulisations vésicales d'origine gynécologique, comme dans celles d'origine appendiculaire, l'ablation de la lésion responsable ait une influence heureuse sur l'évolution.

Pour l'occlusion précoce (Molin et Condamin) ou secondaire, 2 méthodes se trouvent en présence : la libération des anses intestinales agglutinées et coupées, ou la fistulisation latérale du grêle.

Il semble que l'on doive pencher vers la seconde, plus simple, plus efficace. Cette intervention trouvera un adjuvant de premier ordre dans les injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique.

Les diverses méthodes que nous venons d'exposer comme devant être de mise à la période de suppuration proprement dite des pelvi-péritonites et qui passent de la colpotomie pure et simple à des interventions hautes, nous amènent à envisager une intervention capable de supprimer le foyer initial de l'infection.

Il fut une époque, encore pas si lointaine, où les pelvi-péritonites se voyaient appliquer le plus souvent un traitement aussi radical même à la phase aiguë. L'hystérectomie pratiquée alors, était d'ailleurs le plus souvent l'hystérectomie vaginale suivant la méthode de Péan.

A l'heure actuelle, un retournement complet s'est produit et l'opération radicale a fait place à un traitement médical ou chirurgical minimum que certains mêmes ont cru devoir employer dans les pelvi-péritonites post-abortives.

Il reste donc à savoir, si l'hystérectomie reste encore praticable à l'heure actuelle dans les pelvi-péritonites d'origine génitale, et si tout en ne lui redonnant pas son lustre d'antan, on ne doit pas cependant l'envisager dans quelques cas d'espèce.

Nous éliminerons ses indications dans les pelvi-péritonites d'origine puerpérale étudiées plus haut, le véritable problème commençant avec les autres pelvi-péritonites d'origine génitale.

A l'aide de nos observations, nous allons tout d'abord étudier les cas où, comme nous l'avons dit

dans notre avant-propos, la pelvi-péritonite aura pu forcer la main au chirurgien.

Nous distinguons alors 2 éventualités correspondant à 2 de nos observations :

1) Celle où la pelvi-péritonite, par une aggravation subite de ses symptômes au cours d'une évolution relativement satisfaisante, aura pu faire croire à une complication, notamment une diffusion au grand péritoine.

2) Celle où la réaction péritonéale pelvienne aura pu prendre l'aspect d'une affection du petit bassin, entraînant ainsi une intervention précoce.

Notre observation n° 9 nous fournit un exemple de la première éventualité. Après un début qui a été particulièrement brutal, la pelvi-péritonite sous l'influence du traitement didactique institué évolue favorablement vers une rémission des symptômes. Lorsque soudain, en quelques heures, la douleur reprend brutale, la contracture qui avait presque disparu reparaît diffuse, étendue à presque tout l'abdomen, la température fait un clocher cependant que le pouls s'accélère.

Cette aggravation rapide des symptômes locaux et généraux permet donc à priori, de penser que la péritonite pelvienne a diffusé.

La laparotomie d'urgence ne paraît donc pas discutable, elle est pratiquée. Contrairement à ce que les symptômes cliniques auraient pu faire penser, il n'y a aucune diffusion de l'abcès pelvien, on retrouve la disposition classique des anses grêles accolées qui,

fixées au péritoine antérieur, forment plafond à l'abcès péri-utérin.

L'observation n° 7 nous fournit l'exemple du second cas où l'intervention a dû être pratiquée précocement.

Le début de l'affection est celui des pelvi-péritonites d'origine génitale, et c'est le diagnostic auquel on s'arrête tout d'abord. Il entraîne un traitement didactique dont l'influence est assez favorable. Mais au bout de quelques jours les signes locaux deviennent plus nets, en raison de la souplesse plus grande de la paroi abdominale et de la facilité du toucher vaginal beaucoup moins pénible. Ils révèlent une grosse masse se prolongeant au-dessus du pubis à droite de la ligne médiane, de consistance assez ferme, et de forme irrégulière, cependant que le col est souple, un peu mou et mobile.

Deux diagnostics sont alors en présence : fibrome infecté ou hématocele coiffant l'utérus, diagnostics qui commandent tous deux l'intervention.

Quel que soit donc le mobile qui ait amené à pratiquer la laparotomie, quelle va être maintenant la conduite à tenir, une fois le ventre ouvert, lorsque l'examen direct des lésions permet de redresser le diagnostic ?

Dans les deux cas nous trouvons du pus en quantité. Doit-on se contenter d'un simple drainage ou pratiquer une intervention radicale ?

Le simple drainage a des avantages : il permet de s'en aller vite, de ne pas schocker par la longueur de

l'intervention une malade déjà profondément infectée. Mais encore faut-il qu'il soit possible. Le cloisonnement qui fait partie intégrante et heureuse de l'évolution des pelvi-péritonites, le rend souvent incomplet.

Enfin et surtout, l'aspect des lésions annexielles, leur étendue, peut faire juger de l'utilité d'une intervention radicale, simple prévision d'une intervention ultérieure.

Dans les 2 cas que nous avons observés, ce procédé qui avait pu entrer en ligne de compte un instant, a dû être rejeté. Dans le premier cas, la présence d'un utérus fibromateux, gros comme un poing d'adulte, viendra gêner tout drainage et causer des risques ultérieurs car flanqué de deux volumineux pyo-salpinx. Dans le second cas les lésions utérines et annexielles sont trop profondes du simple fait de l'infection.

On pratique donc l'hystérectomie rapidement, en ayant le souci constant de ne pas rompre le plafond de l'abcès péri-utérin. Notre première malade présente immédiatement après l'intervention un shock brutal qui l'emporte, sans que les toniques : adrénaline, caféine, sérums intra-veineux, puissent la ranimer.

Notre seconde malade a des suites opératoires excellentes.

Le procédé opératoire ne semble pas pour cela devoir être incriminé, car l'aggravation brutale des symptômes observée dans le premier cas le matin même de l'intervention n'était-elle pas déjà un pré-

sage de la moindre résistance de la malade à l'infection, de sa défaillance.

En conclusion, la laparotomie d'urgence pour pelvi-péritonites d'origine annexielle est légitime dans certaines conditions. Doit-elle être suivie ou non d'hystérectomie ? L'examen direct des lésions permettra de juger de son opportunité :

1) Si le drainage pur et simple semble facile et efficace, s'en contenter et s'en aller vite.

2) s'il y a lieu de penser qu'il sera insuffisant et que la malade, en raison de lésions annexielles graves, est exposée à une intervention itérative, pratiquer l'hystérectomie subtotale. Sa technique devra être simple et rapide.

3) Le shock qu'elle déterminera pourra être considérable, les sérums glucosés, salés, les tonicardiaques, l'adrénaline, devront le prévoir.

Après avoir envisagé cette éventualité possible, où la main forcée, on est obligé d'opérer rapidement, nous allons étudier et justifier le cas où l'hystérectomie a été pratiquée dans le calme, à une période secondaire si l'on peut dire, lorsque la collection ne semble pas devoir regresser sous l'influence du traitement médical et ne peut en raison de sa situation être évacuée par colpotomie.

L'exemple nous sera fourni par notre observation n° 10 dans laquelle, l'examen local montre une masse arrondie, latérale; collection qui semble maintenant

refroidie. Est-ce un pyo-salpinx ou une collection résiduelle proprement dite de la péritonite pelvienne.

Dans ce dernier cas c'est un danger permanent, non seulement en raison de la rupture dans le grand péritoine toujours possible, mais surtout en raison de sa situation latérale la prédisposant à une fistulisation vésicale.

La laparatomie révèle en effet que ses limites sont péritonéales et comprennent même la corne droite de la vessie.

Cette collection vidée, drainée, doit-on arrêter là l'intervention ? On se trouve en présence de lésions utérines et annexielles assez profondes que complique une rétroversion par adhérence de ces annexes dans le cul de sac de Douglas.

L'âge de la malade, 20 ans, ne parvient pas à faire pencher sensiblement la balance et l'on pratique une hystérectomie subtotal. Les suites opératoires sont très bonnes.

Dans les éventualités qui viennent de se présenter, nous avons été le plus souvent guidé, moins par l'importance de l'infection péritonéale proprement dite, que par l'importance des lésions annexielles, en un mot par la lésion causale.

Insensiblement, nous avons donc été amené à envisager le traitement des annexites : lorsque la réaction péritonéale s'estompe, la lésion coupable reprend le premier plan et les facteurs qui influent alors en faveur ou non de l'hystérectomie perdent leur caractère d'urgence, pour devenir d'ordre clinique ou social.

Ainsi, dans les pelvi-péritonites proprement dites, lorsque la réaction péritonéale domine la scène, l'hystérectomie ne sera pratiquée que dans des cas d'es-pèce, la première place étant réservée à un traitement didactique.

Cette conduite rejoint d'ailleurs celle à tenir dans les annexites, en ce sens que pour ces dernières, les meilleurs décisions chirurgicales ne pourront être prises qu'à froid.

---

## CONCLUSIONS

---

Il fut une époque où les pelvi-péritonites d'origine génitale chez la femme entraînaient une intervention radicale (Hystérectomie). Les risques opératoires, les progrès des procédés médicaux, puis des raisons d'ordre social et moral vinrent influencer sur cette manière d'agir.

A l'heure actuelle, on en est arrivé à pratiquer un traitement médical, associé ou non à un traitement chirurgical minimum (colpotomie), qui dans la plupart des cas donne satisfaction.

Il ne faut pas cependant, pour les pelvi-péritonites d'origine génitale, négliger l'intervention radicale qui, dans certains cas, pratiquée vite et bien, est capable de donner de bons résultats.

---

Vu. :

*Le Doyen de la Faculté,*  
TIFFENEAU.

Vu :

*Le Président de la Thèse,*  
Pierre MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BRÉCHOT, NOVE-JOSSERAND. — Péritonite à pneumocoques. (*Congrès de chirurgie* de 1931).
- DELORE. — *Revue de chirurgie* de 1929. Traitement chirurgical des sigmoïdites.
- DELORE. — *Lyon Médical* 1929.
- P. MOCQUOT. — Les pelvi-péritonites. (*Pratique Médico-chirurgicale* de 1931).
- MONDOR, ABOULKER et HUBERT. — Pelvi-péritonite suppurée à pneumocoques consécutive à une vaginite aiguë. (*Société d'Anatomie Pathologique*, avril 1935).
- MONDOR. — Les avortements mortels.
- MONDOR. — Diagnostics urgents.
- F. PAPIN. — Les annexites. (*Questions de Gynécologie pratique*, 1936).
- ROUHIER, LÉVY-BRUHL, CHEVALLIER. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, séance du 3 novembre 1937.
- R. SOUPAULT et Guy SEILLÉ. — L'appendicite pelvienne. (*Revue de chirurgie*, 1930, p. 177).
- VIGNES. — *Concours Médical*, janvier 1933.
- VINCENT. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 10 juin 1935.

---

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, boul. St-Germain, Paris

